



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# COMPETÊNCIAS DE UM GERONTÓLOGO COM FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Patrícia da Cunha Andrade

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Patrícia da Cunha Andrade

## COMPETÊNCIAS DE UM GERONTÓLOGO COM FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS.

IV Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da:  
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira  
Coorientação: Mestre Filomena Nascimento

Julho de 2018



***“YOU MATTER BECAUSE YOU ARE YOU, AND YOU MATTER TO THE END OF YOUR LIFE.  
WE WILL DO ALL WE CAN, NOT ONLY TO HELP YOU DIE PEACEFULLY, BUT ALSO TO LIVE UNTIL  
YOU DIE.”***

**CICELY SAUNDERS**

## RESUMO

Desde os primórdios até aos dias de hoje, o envelhecimento da população é um fenómeno peculiar pelo facto da esperança média de vida nunca ter sido tão elevada como atualmente, o que contrasta com os elevados índices de envelhecimento, de doença e de dependência das pessoas idosas.

O envelhecimento, naturalmente relacionado com a longevidade, tem sido acompanhado, no seu conjunto, por défices no autocuidado e por incapacidades no desenvolvimento de atividades a diferentes níveis, agravados pelas doenças mais prevalentes nessa fase da vida.

Em Portugal denota-se um aumento progressivo do número de pessoas idosas residentes em estruturas de apoio ou acompanhadas no seu domicílio por diferentes equipas de cuidadores. Estas pessoas apresentam, em média, 80 anos e contem múltiplas patologias que condicionam, na maioria das vezes, a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Concluindo, o aumento de pessoas dependentes e com défices funcionais e cognitivos fomenta a grande necessidade de proporcionar ajuda especializada.

Neste sentido surgem os cuidados paliativos como uma resposta essencial e imprescindível às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, prolongando a sua ação até ao luto. É através destes que garantimos o bem-estar e qualidade de vida de cada pessoa até ao fim de vida.

Desta forma, pareceu-me importante realizar um estágio de Natureza Profissional de 350 horas presenciais na Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, valência Lar de idosos. Este estágio teve como objetivo desenvolver competências especializadas na área dos cuidados paliativos, nomeadamente no apoio ao luto, no acompanhamento familiar e na comunicação adequada e perceber de que forma se consegue integrar a gerontologia na prestação de cuidados paliativos.

A minha finalidade com a realização deste estágio consistiu na obtenção de competências ao nível dos cuidados paliativos, nunca esquecendo a área de formação em Gerontologia Social e a reflexão crítica e analítica para um cuidar humano, integral na construção de um processo de morrer digno para o doente e para a sua família.

Apesar da Santa Casa da Misericórdia não ser uma instituição que presta cuidados paliativos, acolhe muitas pessoas e famílias que necessitam da prestação destes cuidados. Assim o meu estágio baseou-se em: fornecer á instituição ferramentas para

que fosse possível a prestação de cuidados humanos aos utentes e familiares, antes e após o óbito, que assentam nos princípios e metodologia dos cuidados paliativos; explorar com os utentes a temática do fim de vida e perceber de que forma a finitude de um ente querido tem impacto na sua vida e na forma como encaram a morte; dar a conhecer os cuidados paliativos, os seus princípios e as suas áreas de intervenção á equipa, para que dessa forma fosse possível aplicar alguns desses conhecimentos no cuidado prestado aos utentes que integram esta instituição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos; Gerontologia; Apoio no Luto; Comunicação; Cuidados Humanos.

**Julho 2018**

## ABSTRACT

Since the primordia's until today, the aging of the population has been a unique phenom because the average life expectancy has never been so high as in the current times which contrast with the high rate of aging addiction and sickness of the older people.

The aging of the population which is naturally related with the longevity was been followed by deficits in self-care, lack of development in activities of different level and some diseases which are common at this older ages.

In Portugal, we can see a progressive growth in the number of older people resident in support structures or accompanied at their homes by different carrying teams. These people are on average 80 years old and contain many pathologies which restrict the ability to do basic life activities that in some cases are instrumental in the lives of them. In conclusion, this growth in people with functional and cognitive deficits encourages the need for specialized help.

In this sense merges the need for palliative care has an essential response to the physical psychological social and spiritual needs of the population helping with the grief as well. Palliative care ensures that witch person can live until the end of life with quality and well-being.

In this way, it seemed to be important to carry out a Professional Nature internship of 350 hours in person at the "Santa Casa da Misericórdia" nursing home in Póvoa de Varzim. The purpose of this internship was to develop specialized skills in the area of palliative care, namely in support of bereavement, family support, and adequate communication, and to understand how gerontology can be integrated into palliative care.

My purpose with this internship consisted in obtaining skills in palliative care, never forgetting the area of training in Social Gerontology and the critical and analytical reflection for a human care, integral in the construction of a process of dying worthy for the sick and for your family.

Even tough Santa Casa da Misericordia doesn't lend palliative care it does welcome many people and families which are in need of this service. My internship focused on the following aspects: Giving to this institution tools based on palliative care to help with the human care of the ones that are at the end of life; help their family members coup with this hard moment before and after the death; exploring with the users of the institution the meaning of death either theirs or of a loved one and the impact that those deaths had on

their life; finally lecturing the teams about the principals of palliative care so they can apply some of that knowledge in the services offered to those in need.

**KEYWORDS:** Palliative Care; Gerontology; Support of Bereavement; Communication; Human Care.

**July 2018**



## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem o apoio e colaboração das pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso. Assim agradeço:

À Professora Doutora Manuela Cerqueira, orientadora deste Estágio de Natureza Profissional, por toda a sua disponibilidade, apoio, encorajamento e ensinamentos, não só ao longo deste ano mas durante todo o mestrado.

À Mestre Filomena Nascimento, por aceitar a coorientação deste Estágio de Natureza Profissional e por me ter guiado, encorajado e por toda a sua disponibilidade.

À Enfermeira responsável Ana Isabel Malta por me ajudar em tudo o que era necessário e me integrar nesta grande instituição.

À Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim por me acolher.

Aos utentes, colaboradores e familiares que gentilmente aceitaram participar nas minhas atividades.

A Enfermeira Zulmira Peixoto, que desempenhou o papel de formadora na atividade “A importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais”.

Aos meus amigos pela amizade e palavras de incentivo ao longo deste período e por muitas vezes perceberem a minha ausência.

Ao Pedro por me apoiar, aconselhar, por “aturar o meu mau feitio” quando o trabalho não corria tão bem, por toda a ajuda prestada durante a elaboração do presente trabalho e por todo o carinho e dedicação. Foste sem dúvida um apoio fundamental nesta longa e difícil caminhada.

À minha irmã por acreditar em mim e nas minhas capacidades, por suportar os meus “maus dias”, pelo seu carinho e apoio incondicional. Muito obrigada por tudo, gosto imenso de ti e irei gostar para sempre.

À minha mãe e ao meu pai por sempre acreditarem que era possível, pelo amor, atenção e cuidado que me dedicam todos os dias e por todos os conselhos sábios que me ajudam a progredir enquanto pessoa. Um muito obrigado, sem vocês nada disto teria sido possível. Serão para sempre um exemplo que eu quero seguir.

E a todos os que de uma forma direta ou indireta contribuíram para que se tornasse possível a conclusão deste trabalho, um sincero e profundo muito obrigada!

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	- 18 -
CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO, A GERONTOLOGIA E OS CUIDADOS	
PALIATIVOS .....	- 21 -
1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS- 22	-
2. A GERONTOLOGIA E O ENVELHECIMENTO.....	- 24 -
3. A GERONTOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	- 27 -
CAPÍTULO II – A MORTE E O LUTO .....	
1. A MORTE E A SUA IMPORTANCIA NO DECORRER DA HISTÓRIA .....	- 32 -
2. A SOCIEDADE E A MORTE .....	- 36 -
CAPÍTULO III – CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO....	
38 -	
1. FILOSOFIA E OS PRINCÍPIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	- 39 -
2. A COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	- 41 -
3. CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO E COMUNICAÇÃO DAS MÁS NOTÍCIAS.....	- 42 -
4. SOFRIMENTO E O PROCESSO DE LUTO .....	- 44 -
5. APOIO E ACOMPANHAMENTO FAMILIAR.....	- 47 -
CAPÍTULO IV – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	
1. DIMENSÕES ECONÓMICA, CULTURAL, FÍSICA, SOCIAL E ORGANIZACIONAL -	50 -
2. POPULAÇÃO IDOSA EM ANÁLISE .....	- 60 -
CAPÍTULO V – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES .....	
1. ANÁLISE SWOT .....	- 71 -
2. DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES .....	- 73 -
CAPÍTULO VI – AS INTERVENÇÕES.....	
	- 74 -

1. PLANO GERAL DE AÇÃO/ATIVIDADES.....	- 75 -
2. CONTE-NOS COMO FOI! .....	- 80 -
3. APOIO NO LUTO .....	- 86 -
4. A IMPORTANCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS.....	- 92 -
5. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS HUMANOS .....	- 104 -
6. PARA SEMPRE!.....	- 107 -
CONCLUSÃO .....	- 110 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	- 111 -
✓ DOCUMENTOS ELETRÔNICOS .....	- 111 -
✓ LIVROS.....	- 112 -
✓ ARTIGOS.....	- 112 -
✓ MONOGRAFIAS.....	- 117 -

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> – Rácio de colaboradores .....	55
-------------------------------------------------	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Idade dos utentes -----	60
<b>Gráfico 2-</b> Tempo a residir na instituição -----	61
<b>Gráfico 3 -</b> Naturalidade dos utentes -----	62
<b>Gráfico 4 -</b> Estado civil dos utentes -----	63
<b>Gráfico 5 -</b> Número de filhos de cada utente -----	63
<b>Gráfico 6 -</b> Habilitações literárias -----	64
<b>Gráfico 7 -</b> Profissão durante a vida ativa -----	65
<b>Gráfico 8 -</b> Problemas de saúde mais frequentes -----	66
<b>Gráfico 9 -</b> Estado cognitivo -----	68
<b>Gráfico 10 -</b> Sintomatologia depressiva -----	69
<b>Gráfico 11. –</b> Ligação com o ente querido -----	82
<b>Gráfico 12. –</b> Tempo que faleceu -----	83
<b>Gráfico 13. –</b> Gostaram da sessão? -----	85
<b>Gráfico 14. –</b> Sente uma sensação de alívio depois de partilhar a sua experiencia? ----	85
<b>Gráfico 15 –</b> Na sua opinião, o que são cuidados paliativos? -----	97
<b>Gráfico 16. –</b> Na sua opinião, Cuidados Paliativos e Ações Paliativas são conceitos distintos? -----	98
<b>Gráfico 17 –</b> Na sua opinião, qual o papel do enfermeiro na prestação de Cuidados e Ações Paliativas? -----	99

<b>Gráfico 18</b> – Na sua opinião, o que são cuidados paliativos? -----	100
<b>Gráfico 19.</b> – Na sua opinião, Cuidados Paliativos e Ações Paliativas são conceitos distintos? -----	100
<b>Gráfico 20</b> – Na sua opinião, qual o papel do enfermeiro na prestação de Cuidados e Ações Paliativas? -----	101
<b>Gráfico 21.</b> – Resultados obtidos no 1º dia da apresentação do mural -----	109
<b>Gráfico 22.</b> – Resultados obtidos nos 2 dias após a apresentação do mural -----	109

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Critérios de admissão -----	53
<b>Tabela 2-</b> Plano de atividades desenvolvidas pela instituição -----	57
<b>Tabela 3</b> - Análise SWOT da instituição -----	71
<b>Tabela 4</b> - Lista de necessidades da instituição -----	73
<b>Tabela 5.</b> – Planeamento geral -----	76
<b>Tabela 6.</b> – Análise final da atividade -----	102

## SIGLAS

**OMS** – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

**IASP** – ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR

**CIPE** – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

**ISS/CDSSP** – INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL DO CENTRO DISTRITAL DA SEGURANÇA  
SOCIAL DO PORTO

**EB** – ESCOLA BÁSICA

**USF** – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

**GNR** – GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

**IPSS** – INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

**HTA** – HIPERTENSÃO ARTERIAL

**FA** – FIBRILHAÇÃO AURICULAR

**DM** – DIABETES MELLITUS

**MMSE** – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

**GDS** – GERIATRIC DEPRESSION SCALE

**CP** – CUIDADOS PALIATIVOS

**DAM** – DIAGRAMA DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

**APCP** – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS

**OPCP** – OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS CUIDADOS PALIATIVOS





## INTRODUÇÃO

Em 2002, a OMS definiu Cuidados Paliativos como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”*. Assim, o principal objetivo dos cuidados paliativos é promover o conforto do doente. Para além dos sintomas físicos, os cuidados paliativos procuram tratar também os problemas psicológicos, sociais e espirituais, daí a necessidade de uma equipa multidisciplinar com formação nas várias áreas de intervenção. Para além de atuarem no doente, os cuidados paliativos atuam na família como um único foco, não devendo ser consideradas realidades desligadas.

Estes cuidados podem estender-se ao apoio no luto, se necessário, para responder às necessidades a família e os seus cuidadores. Deste modo, todos os serviços que cuidam de doentes com doença incurável e progressiva têm a responsabilidade de proporcionar cuidados paliativos adequados, que são da responsabilidade de todos os elementos da equipa de saúde e devem assentar numa boa comunicação e na resposta efetiva às necessidades dos doentes, famílias e profissionais.

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento humano, e é caracterizada pela sua composição multidisciplinar utilizando dimensões como a biologia, a psicologia e a sociologia para explicar as alterações verificadas ao longo de todo o curso de vida. O grande desafio da Gerontologia como ciência aplicada centra-se em garantir que o processo de envelhecimento seja um processo orientado e bem-assistido.

Segundo Birren & Bengston (1988), a Gerontologia pode ser definida, como uma ciência recente, rica em dados mas pobre em teorias, sendo esta questão motivo de alguma preocupação por parte das entidades de investigação devido à ambição patente quanto ao desenvolvimento da Gerontologia como ciência e no que concerne ao desenvolvimento teórico da mesma, proporcionando, deste modo, a organização, e dando sentido à existente multiplicidade de dados empíricos, assim como, fundamentar a sua intervenção e a mudança social.

Um gerontólogo é um profissional de saúde que contribui para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar das pessoas á medida que envelhecem, nos contextos familiares, da comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento. Estes

profissionais tem como função: coordenar os diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as suas famílias, identificando e assegurando uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades (gestor de caso), providenciar serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como para grupos, com base no conhecimento multidisciplinar que detém acerca do processo de envelhecimento, sendo por isso capaz de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras (prestador de serviços), avaliar as necessidades numa determinada esfera, contribuindo para o planeamento de intervenções que correspondem á solução dessas necessidades (consultor).

No âmbito do IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, decorreu o Estágio de Natureza Profissional (ENP), no período compreendido entre 10 de Outubro de 2017 e 30 de Março de 2018, num total de 350:40 horas presenciais (ver Apêndice I – Mapa de assiduidade).

Este estágio desenvolveu-se na Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, pelo facto de ser uma instituição de grande referência na prestação de cuidados a idosos, por ser mais adequado e vantajoso visto que permitiu conciliar a minha área de formação em Gerontologia Social com o mestrado em Cuidados Paliativos e assim perceber qual é o trabalho que um gerontólogo pode desenvolver dentro dos cuidados paliativos, um dos objetivos da realização deste estágio. O outro objetivo consistia em desenvolver competências especializadas na área dos cuidados paliativos, nomeadamente no apoio ao luto, no acompanhamento familiar e na comunicação adequada.

A realização deste estágio bem como deste relatório teve como base os princípios de atuação da gerontologia. Inicialmente um gerontólogo observa e analisa o contexto e as pessoas que estão inseridas nesse contexto. De seguida, realiza a avaliação através da análise SWOT, que irá permitir fazer uma avaliação das necessidades. Depois, traça um plano de intervenção e põe em prática esse plano. Por fim, realiza a avaliação dessas intervenções e percebe se os objetivos propostos foram atingidos.

O presente relatório de ENP tem como objetivos: fazer uma descrição detalhada da instituição e dos utentes; realizar a avaliação das necessidades; descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e avaliar as atividades desenvolvidas tendo em conta os objetivos delineados; analisar de forma critica o meu desempenho durante o estágio, mencionando as habilidades e competências adquiridas e desenvolvidas.

Relativamente à sua organização estrutural, o presente relatório está dividido em quatro partes que se constituem num todo. A primeira parte refere-se ao enquadramento

conceptual, constituído por três capítulos: 1º - O envelhecimento, a gerontologia e os cuidados paliativos; 2º - A morte e o luto; 3º - Conceitos fundamentais para a realização do estágio. O primeiro capítulo aborda os seguintes subtemas: 1- O envelhecimento populacional e as estruturas residenciais; 2- A Gerontologia e o envelhecimento; 3- A Gerontologia em Cuidados Paliativos. O segundo capítulo aborda os seguintes subtemas: 1- A morte e a sua importância no decorrer da história; 2- A sociedade e a morte. O terceiro capítulo aborda os seguintes subtemas: 1- Filosofia e os princípios em Cuidados Paliativos; 2- A comunicação em Cuidados Paliativos; 3- Conspiração de silêncio e comunicação das más notícias; 4- Sofrimento e o processo de luto; 5- Apoio e acompanhamento familiar.

A segunda parte corresponde ao desenvolvimento de competências especializadas em Cuidados Paliativos, constituída por três capítulos: 1º - Contextualização do estágio; 2º - Avaliação das necessidades; 3º - As intervenções. O capítulo que aborda a contextualização do estágio divide-se nos seguintes subtemas: 1- Dimensões económica, cultural, física, social e organizacional; 2- População idosa em análise. O capítulo que aborda a avaliação das necessidades divide-se nos seguintes subtemas: 1- Análise SWOT; 2- Descrição das necessidades. O capítulo que aborda as intervenções divide-se nos seguintes subtemas: 1- Plano geral de ação/atividades; 2- Conte-nos como foi! 3- Apoio no luto; 4- A importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais; 5- A prestação de cuidados humanos; 6- Para sempre! Neste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e analisados os resultados obtidos.

Por último, apresentamos as principais conclusões, os contributos da nossa intervenção e sugestões de mudança.

## **CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO, A GERONTOLOGIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

## 1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS

Na segunda metade do século XX, diversas regiões do mundo passaram por um processo de transição demográfica no qual populações, tipicamente jovens e adultas, tornaram-se gradualmente envelhecidas (Siqueira, 2012).

Em Portugal, a evolução foi mais notória do que na Europa (continente grisalho). No ano de 2000, pela primeira vez na história de Portugal, observa-se que o grupo dos “65 ou mais anos” contem mais pessoas do que o grupo dos jovens, o que ainda se verifica (Rosa, 2012). Podemos identificar a redução da mortalidade e a redução da fecundidade como causas do processo de envelhecimento populacional.

Antigamente a esperança média de vida dos portugueses rondava os 40 anos e atualmente constata-se um aumento da esperança média de vida para 76 anos nos homens e 82 nas mulheres. Para sustentar estes factos, verifica-se uma diminuição da mortalidade e consequentemente um aumento da esperança de vida devido ao progresso científico e social e a taxa de mortalidade infantil reduzida. Outro fator é a fecundidade, o retardar do projeto de maternidade como a maior instrução da população, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia, e ainda a urbanização, são agentes exemplificativos do sucedido. Logo, Portugal continuará a envelhecer, pelo menos a médio prazo (Rosa, 2012).

Com esta configuração na constituição da população, acaba por ser relevante a criação de locais e a prestação de serviços, que possam corresponder às necessidades elevadas das pessoas desta faixa etária (Paúl & Fonseca, 2005).

A maioria das pessoas quando chega à terceira idade sofre perdas ou declínios das funções físicas, psicológicas ou mentais e para que se prossiga uma boa funcionalidade geral diária é importante procurar-se alcançar o equilíbrio. Porém sozinho, o idoso não o consegue, e por isso existem os apoios sociais (formais e informais), que guiam essas pessoas para um envelhecimento ótimo e bem-sucedido. Enquanto os primeiros (apoios formais) estão à disposição de todos, os segundos já nem tanto, uma vez que as redes sociais tendem a reduzir com o avançar da idade, ou a enfraquecer a nível de qualidade. O nível de qualidade das relações, nomeadamente dos familiares, diminui em termos de intimidade e de reciprocidade com a idade (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006) e por esse motivo, quando um idoso sofre perdas acentuadas e não tem o apoio que necessita junto da sua família, poderão surgir como alternativas, o recurso a respostas como centro de dia, apoio domiciliário, ou até mesmo à institucionalização num lar.

Para que estas respostas sejam eficazes nas suas intervenções, devem ser avaliadas através de medidas próprias, que vigoram em Manuais da Qualidade (Instituto da Segurança Social, 2011) e que devem ser respeitadas e seguidas por todos, em prol de um bom funcionamento dos serviços e da satisfação dos residentes.

Alguns dos elementos que avaliam a qualidade das respostas sociais são a eficácia, a consistência, a eficiência, a rapidez na prestação de serviços, o cumprimento das normas e procedimentos, e por último, a satisfação dos clientes. Além disso neste último aspeto, não importa somente uma resposta positiva às expectativas, mas também às necessidades encontradas em cada caso. Um aspeto crucial que pode marcar determinantemente o período de vida de um idoso numa instituição, é precisamente o seu processo de institucionalização. A transição da vida do idoso desde sua casa para o lar, deve ser tranquila fazendo-o ter uma perceção positiva da mudança e ver o novo meio como um novo capítulo, e uma nova oportunidade de obter bem-estar e qualidade de vida. A transição deve ser então paralela a um processo de adaptação, ou seja, deve potenciar-se a adaptação do indivíduo às suas próprias adversidades (doenças e limitações) e às do contexto, promovendo-se o equilíbrio e a homeostasia da pessoa (Fonseca, 2004).

A facilitação neste tipo de processos e noutros de igual importância para o idoso, deve ser proporcionada por especialistas da área da Gerontologia Social, que compreendam as distintas necessidades entre a população idosa e que saibam intervir adequadamente.

Uma vez que as mudanças demográficas da população, refletem um aumento da proporção de indivíduos idosos e que a Gerontologia emerge como campo especializado na procura por precursores do envelhecimento, deve haver na sociedade, uma crescente formação de indivíduos nesta área de trabalho (Baltes, 1987).

## 2. A GERONTOLOGIA E O ENVELHECIMENTO

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento humano, e é caracterizada pela sua composição multidisciplinar utilizando dimensões como a biologia, a psicologia e a sociologia para explicar as alterações verificadas ao longo de todo o curso de vida. O grande desafio da Gerontologia como ciência aplicada centra-se em garantir que o processo de envelhecimento seja um processo orientado e bem-assistido.

Segundo Birren & Bengston (1988), a Gerontologia pode ser definida, como uma ciência recente, rica em dados mas pobre em teorias, sendo esta questão motivo de alguma preocupação por parte das entidades de investigação devido à ambição patente quanto ao desenvolvimento da Gerontologia como ciência e no que concerne ao desenvolvimento teórico da mesma, proporcionando, deste modo, a organização, e dando sentido à existente multiplicidade de dados empíricos, assim como, fundamentar a sua intervenção e a mudança social.

Um gerontólogo é um profissional de saúde que contribui para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, nos contextos familiares, da comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento. Estes profissionais tem como função: coordenar os diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as suas famílias, identificando e assegurando uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades (gestor de caso), providenciar serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como para grupos, com base no conhecimento multidisciplinar que detém acerca do processo de envelhecimento, sendo por isso capaz de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras (prestador de serviços), avaliar as necessidades numa determinada esfera, contribuindo para o planeamento de intervenções que correspondem à solução dessas necessidades (consultor).

No que concerne ao envelhecimento individual e populacional, Rosa (2012), expõe sucintamente estas temáticas, através do ensaio: *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, levantando um conjunto de questões de importante análise e reflexão, pondo em evidência a metamorfose social, atualmente tida como uma das problemáticas mais associada à insustentabilidade do país, afetando áreas como: a política, a economia e a cultura. Mas será o envelhecimento da população a base desta insustentabilidade, ou será a consciência social, que se encontra em défice em relação a todo este processo, que não moveu a preocupação exigida desde o seu início? Note-se que há vinte anos



atrás o envelhecimento era considerado um assunto inoportuno e de segunda instância por isso é relevante apurar quais os contrastes verificados na atualidade e quais as simbioses e similitudes associadas. A atualidade mostra que as problemáticas associadas ao envelhecimento populacional e as respectivas respostas sociais assentam, primordialmente, na sustentabilidade financeira do país. Todo este sistema é dividido exclusivamente em dois grupos: os ativos e os inativos, sendo que os últimos constituem o bloqueio das sociedades contemporâneas, pois é-lhes esperada uma participação social reduzida, daí a atribuição de um significado social diminuto exaltado pelo desinteresse comum.

A Gerontologia ocupa-se do estudo dos processos de envelhecimento, salientando exhaustivamente a importância da distinção entre duas categorias de envelhecimento: o chamado envelhecimento bem-sucedido definido como a capacidade de um adulto idoso apresentar um desempenho funcional igual ou apenas ligeiramente abaixo dos adultos jovens preservando a eficiência adaptativa do seu organismo e o seu antagónico e o envelhecimento normal ou comum representado por aqueles que tem comprometida a eficiência na capacidade de adaptação orgânica apresentando uma perda significativa na sua capacidade funcional. Durante a década de 90 o envelhecimento bem-sucedido surgiu como uma prioridade na gerontologia que se propôs a promovê-lo.

Segundo Schroots & Birren, (1980, citado por Paúl, 2001,p.275) o envelhecimento tem três componentes: a) o processo de envelhecimento biológico, que resulta da variabilidade crescente e de uma probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) um envelhecimento social, alusivo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e c) o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Grande parte dos estudos sobre o desenvolvimento adulto tem-se apoiado na perspectiva teórica do desenvolvimento do ciclo de vida, proposta por Baltes. Baltes (1987), que defende que o desenvolvimento é um processo multidirecional e multifuncional, influenciado pelo contexto histórico, abrangendo todo o ciclo de vida, ocorrendo num constante equilíbrio entre ganhos e perdas, que resulta numa variabilidade intra-individual e na plasticidade individual. Através dos conceitos de multidireccionalidade e multidimensionalidade Baltes (1987) faz emergir as noções de ganhos e perdas desenvolvimentais resultantes da interação mútua entre organismo-ambiente. Ao longo da vida, o desenvolvimento envolve ganhos e perdas. Contudo,

apesar das perdas serem mais evidentes relativamente aos ganhos, o indivíduo pode compensar essas perdas recorrendo à cultura ou ao ambiente para as colmatar.

### 3. A GERONTOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Tal como foi referido anteriormente a gerontologia é “...uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, para citar apenas algumas, mas que se constitui como novo campo do saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida” (Paul, 2012). De acordo com Jamieson (2002), a Gerontologia é um campo de estudo multidisciplinar do envelhecimento.

Por sua vez, Neri (2008) descreve a Gerontologia Social como sendo “um termo usado por Clark Tibbitts em 1954 para descrever a área da Gerontologia que se ocupa das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo”.

Relativamente à prática gerontológica, Richardson e Barusch (2006) consideram que, embora a nomenclatura varie, genericamente a prática gerontológica ocorre num processo dividido por várias fases: *escuta*, *avaliação* e *intervenção*. A fase da escuta ativa, de acordo com Richardson e Barusch (2006), pode ser entendida como a base para uma análise compreensiva dos múltiplos e complexos problemas do cliente. Nesta fase o profissional procura estabelecer uma relação de confiança com os clientes idosos mostrando-se capaz de gerir, aceitar e controlar os sentimentos. Para que tal aconteça, é necessário desenvolver a capacidade de retirar significado das conversas que estabelece com o cliente, para identificar stressores na vida das pessoas idosas. Do ponto de vista das estratégias, o trabalho assenta na escuta empática com as pessoas idosas e em expressar sensibilidade cultural e empatia cultural com as pessoas idosas.

Durante a fase da avaliação, segundo Richardson e Barusch (2006), os profissionais continuam a *escutar*, simplesmente colocam questões mais específicas. O Guia Prático de Gerontologia – baseado no modelo ABCDEF – ajuda os profissionais a aplicar na prática profissional uma abordagem multidisciplinar e bio-psico-social com os clientes, que tipicamente apresentam problemas de saúde física e mental, estados subjetivos e sociais, desigualdades, entre outros.

O modelo integrado de prática gerontológica tem 6 facetas ou dimensões a que correspondem 6 letras (A+B+C+D+E+F), serve como uma espécie de *caixa de ferramentas* de avaliação e intervenção. Note-se que a avaliação gerontológica multidimensional surge como uma espécie de *pronto a vestir da profissão*, com protocolos internacionais mais ou menos *standardizados* que permitem proceder a um

*screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades do cliente) para depois traçar um plano de intervenção, ou seja, um fato à medida do cliente.

Pela sua relevância, apresenta-se em seguida a descrição sumária destas dimensões do modelo: *ações ou comportamentos* dos clientes (A), *funcionamento biológico* (B), *cognições* (C), *recursos demográficos* (D), *suportes ambientais* (E) e *sentimentos* (F).

Tal como acontece com as *fases da escuta e da avaliação*, na *fase da intervenção* os profissionais intervêm a vários níveis e usam várias estratégias (Richardson & Barusch, 2006). Partindo da avaliação, podem aplicar técnicas específicas de intervenção micro e macro que induzirão mudanças nas *ações ou comportamentos* (A) dos clientes, no *funcionamento biológico* (B), *cognições* (C), *recursos demográficos* (D), *suportes ambientais* (E) e *sentimentos* (F).

Uma abordagem integradora da prática gerontológica que incorpore uma estratégia de intervenção multinível é o caminho mais eficaz para lidar com as *influências múltiplas, simultâneas e interativas*.

Portanto, uma intervenção pode fazer-se simultaneamente a nível *individual e ambiental*. O profissional pode usar uma “*collaborative intervention approach*” (Richardson & Barusch, 2006), o que significa que o cliente e o profissional acordam em conjunto quer o *plano de intervenção (treatment plan)* quer o modo acerca de *como proceder*. Dito de outro modo, o profissional e o cliente chegam a acordo acerca de *O quê?* (plano de intervenção/tratamento) e *Como?* (o caminho a percorrer ou como fazer para levar a bom porto o plano de intervenção / tratamento).

O relatório Europeu da Organização Mundial da Saúde sobre Cuidados Paliativos enfaticamente afirma que “*existe considerável evidência de que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, por causa de uma falta de avaliação generalizada e tratamento dos seus problemas e falta de acesso a programas de cuidados paliativos*” (Bertachini, 2005).

No centro de toda a questão do aumento da “*expectativa de vida*” estão o cliente, o profissional e o imperativo de estabelecer uma relação comunicativa que permita uma parceria significativa num dos momentos mais profundos da vida.

Cresce muito a responsabilidade do profissional em criar um relacionamento com o cliente e com os respetivos familiares no sentido de ajudar a encarar esse complexo

cenário, ouvir e acolher esse sofrimento. Esse cuidador torna-se um fator-chave em ajudar as pessoas a encontrar um sentido no final da vida.

*Cuidados paliativos em geriatria* é uma obra pioneira, que conta com a colaboração de uma seleção de mais de vinte especialistas na área e é estruturada em cinco partes: **contexto social e cultural do envelhecimento e fragilidade** (avaliando a qualidade de vida e do morrer nos idosos; o lugar do amor no cuidado de pessoas com demência avançada; hidratação e alimentação artificial; idade, custos e cuidados paliativos, aspectos éticos em cuidados paliativos em geriatria, respeitando diversidade); **doença e síndrome** (a fragilidade e as suas implicações no cuidar); **sintomas de stresse em pacientes idosos** (dor, dispneia, sintomas gastrointestinais, fadiga, delírio, ansiedade e depressão); **comunicação**: (planejar o cuidado antecipadamente com os idosos, comunicação médico-paciente, decidir pelos cognitivamente comprometidos); **estruturas de cuidado para os cronicamente doentes com necessidades de cuidados paliativos** (cuidados paliativos em casas de repouso, cuidados em domicílio para idosos e cuidados paliativos no hospital).

No XVIII Congresso Mundial de Gerontologia, realizado no Rio de Janeiro (26-30/6/2005), praticamente houve um silêncio total em relação a essas questões ligadas ao final da vida, cuidados paliativos e dor. Dentro desta temática, o congresso só disponibilizou um *workshop* sobre cuidados no final da vida, um seminário sobre dor (um dos sintomas mais comuns nos idosos) e uma conferência sobre “*A busca do morrer com dignidade: questões e desafios no cuidado de final da vida para os idosos*”.

S. Lawrence Librach, professor de Cuidados Paliativos e controle da dor da Universidade de Toronto e diretor do Centro de Cuidados Paliativos do Mount Sinai Hospital (Canadá), questionou se a geriatria ou gerontologia não estariam a tentar negar a morte.

Além desse sinal evidente no maior evento mundial da área, que basicamente silencia em torno do tema, pesquisando artigos no *Journal Geriatrics* dos últimos doze anos, encontrou somente sete artigos sobre cuidados paliativos e cuidados de final de vida e sobre a morte e o morrer. Na quase totalidade, são relatórios de casos e editoriais. Outra pesquisa realizada com artigos do *Journal Archives of Geriatrics and Gerontology* dos últimos dez anos encontrou somente sete artigos sobre cuidados de final de vida, incluindo relatórios de casos, estimativas de sobrevivência mas nenhum artigo especificamente sobre cuidados paliativos ou *hospice* (Librach, 2005).

Depois desta análise, na minha opinião, seria de extrema relevância que a gerontologia se debruça-se sobre a temática do fim de vida, os cuidados paliativos, a morte e o morrer, e integrar a prestação de cuidados paliativos e a prestação de cuidados especializados a pessoa em fim de vida nas estruturas residenciais.

Numa perspectiva integradora, os cuidados paliativos e os valores fundamentais da geriatria coincidem: o paciente e a sua família estão no centro dos cuidados, a perspectiva é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva, além de paciente e família serem vistos como uma única unidade de cuidados. É de extrema relevância garantir, na medida do possível, a independência funcional e a qualidade de vida e uma avaliação regular e formal que assegure a identificação e tratamento das intercorrências no momento certo.

O cuidado é prestado onde o paciente se encontra, seja em sua casa, no hospital ou numa estrutura residencial, em qualquer estágio da doença e qualquer que seja o diagnóstico. Segundo Pessini e Bertachini (2005) “*O objetivo é prestar cuidado certo, para o paciente certo, no momento certo*”.

## **CAPÍTULO II – A MORTE E O LUTO**

## 1. A MORTE E A SUA IMPORTANCIA NO DECORRER DA HISTÓRIA

A morte é uma experiência universal. O morrer e a morte são mais do que eventos biológicos, eles têm uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Questões sobre o significado da morte e o que acontece quando nós morremos são preocupações centrais para as pessoas em todas as culturas e desde os primórdios.

É importante encarar este fenómeno como uma parte integrante da construção social humana e de significados que mudam de acordo com o tempo e com o espaço. Dessa forma, devemos compreender a morte, as práticas mortuárias e toda ação humana que a envolve numa perspectiva do processo histórico.

Durante o processo de desenvolvimento da humanidade, diferentes rituais fúnebres foram elaborados de acordo com a importância da entrada do indivíduo na esfera transcendental: *“Pirâmides, túmulos subterrâneos, templos funerários, catacumbas, cremações, diferentes rituais funerários têm sido usados como uma tentativa de conservar os corpos e se preservar a memória dos mortos”* (BELLOMO, 1998).

O estudo das atitudes do homem diante da morte forma parte do estudo da cultura, que possibilita identificar os fatos que explicam as ações e os rituais que o ser humano tem desenvolvido na relação com os mortos e os lugares onde são sepultados. É importante identificar as ideias, as emoções e expressões que o fato da morte provoca em cada sociedade, em cada tempo e, em cada lugar; para compreender a relação que temos com ela.

Na época dos homens de Neandertal, que habitaram a Europa há aproximadamente 150.000 anos, foram descobertos vários ornamentos junto aos cadáveres, que eram utilizados para que a alma de cada pessoa tivesse uma boa passagem para um outro plano. Para além da utilização de ornamentos, também era habitual pintarem os corpos com vermelho ocre e colocar o corpo em posição fetal, sugerindo a ideia de revitalização do corpo e renascimento (Despelder, 2001).

Os egípcios criaram pirâmides, tumbas, múmias, objetos mortuários, escritos funerários que revelam um grande otimismo perante a morte. Para esta cultura a morte é uma questão central. Esta cultura, á semelhança da cultura tibetana, criou um livro *“O livro dos mortos”* que continha linhas orientadoras para as práticas fúnebres. Este livro tinha como principal objetivo ensinar os membros desta comunidade a pensar, sentir e



agir em relação á morte, de maneira considerada apropriada e eficiente (Kastenbaum, 1983).

Os nobres guerreiros escandinavos dos séculos VIII a XI, depois de morrerem eram cremados com tudo o que amavam (o barco, as armas, etc). O ritual funerário começava com uma festa de sete dias, com muita bebida e a narração dos principais feitos do morto. Só então ele era vestido com uma roupa elaborada para a ocasião e colocado no barco com as suas armas. Elas seriam usadas em Valhala, onde, segundo a mitologia nórdica, os militares mortos em combate ou despachados pelo mar reencontravam os deuses. Uma a uma, as mulheres do falecido apresentavam-se para se juntar a ele. As mulheres não eram forçadas a fazer este sacrifício, mas a própria sociedade esperava que elas “*se voluntariassem*”. Todas vestiam as suas melhores roupas e joias. Com o corpo bem ereto, elas recebiam facadas entre as costelas, aplicadas por uma sacerdotisa que orientava o funeral e as posicionava no barco, as esposas mais queridas pelo morto tinham o direito de ficar mais próximas dele. Alguns arqueólogos acreditam que elas eram colocadas a bordo com vida, porém drogadas. Para as escravas não havia “*opção*”, inclusive há relatos de que, antes de serem mortas, elas tinham de fazer sexo com todos os companheiros do guerreiro.

O barco também era preparado para o evento. O casco era preenchido com palha e um suporte de madeira era construído no centro para apoiar o cadáver. Ao longo da cerimônia, os outros guerreiros gritavam os méritos da pessoa que havia falecido e também tinham o dever de posicionar o barco na água e atear fogo com uma tocha. Com as velas abertas, a embarcação iniciava a sua última viagem, que simbolicamente começava neste mundo e seguia para o próximo. Os corpos que não eram queimados rapidamente acabavam por afundar. Este processo durava entre 40 minutos e uma hora.

No Ocidente, as atitudes perante a morte têm sofrido algumas alterações de acordo com a importância atribuída a ela. Entre os principais aspetos relacionados às transformações destas concepções estão: o progresso tecnocientífico, incorporação de medidas de higienização, a reorganização das estruturas sociais, particularmente da família, e a formação de uma mentalidade capitalista centrada na rentabilidade, benefício e no individualismo, tendendo a uma dessacralização da morte, assim como uma nova concepção da doença e da saúde. Para além disso, sugere-se uma maior relevância do aspeto económico e um tabu crescente relativamente à morte.

Em grande parte das culturas pré-coloniais, a vida e a morte formavam parte de um contínuo, isto é, a concepção destes dois momentos era percebida de maneira complementar. A vida e a morte eram condições fundamentais para a permanência, daí a

sua aceitação sem medo. Era durante a vida que se preparava o terreno propício à boa morte. Esse era o momento em que as boas ações deveriam ser observadas e desta forma, era a vida que provocava receio e não a morte, pois na vida havia mais incertezas.

Outro aspeto importante está centrado na maneira como se morria e o percurso do moribundo até a sua morte, isto é, a felicidade eterna obtinha-se de acordo com a forma de morrer (no sacrifício, na guerra, ao dar a luz, etc). O homem pré-colonial tinha a crença de que, para assegurar a sobrevivência e a continuidade da vida, deveriam oferecer a sua própria vida aos deuses (RODRIGUEZ, 2001).

Por outro lado, a visão da morte na Europa Ocidental do século IV ao XVI estava ligada a um sistema de crenças sustentadas pela Igreja Católica, num processo denominado “*Cristianização da morte*”. A importação do conceito cristão de morte ocorreu já nos primeiros anos da colonização. No princípio cada grupo indígena continuou com os seus respetivos costumes funerários, porém, aos poucos foi-se impondo o modelo europeu cristão (RODRIGUEZ, 2001). A Igreja Católica passa então a desempenhar o papel mais importante nas tarefas fúnebres, sendo esse o principal fator de aculturação durante o processo de imposição e adoção das novas formas de “*celebrar a morte*” e sepultamentos. Durante a evangelização foram produzidos símbolos e rituais dentro do sistema ideológico que ao se incorporarem na sociedade serviram de sustentação para a manutenção da performance fúnebre (RODRIGUEZ, 2001).

Proibiu-se a cremação, a mutilação dos corpos, o canibalismo, o enterro em casas, nos campos e montes, e exigiu-se que os sepultamentos fossem realizados em cemitérios e igrejas, terra sagrada e não profana. Durante os primeiros anos da colonização, os indígenas que morriam sem o batismo eram lançados em valas ou lagoas, ou eram enterrados em lugares ocultos e distantes. Os indígenas evangelizados eram enterrados em mosteiros e igrejas, e os que estavam fora da influência portuguesa continuaram com os seus costumes (Costa, 2005).

Gradualmente, o costume de enterrar nos conventos, igrejas, adros e capelas foi-se difundindo. Os adros foram os lugares onde mais sepultamentos se efetuaram por tratar-se de lugares públicos onde se catequizava, alfabetizava, onde eram tratados os doentes, onde eram batizados, onde se confessavam, se casavam, onde festejavam e, por fim, onde eram enterrados. A igreja foi o sítio básico e privilegiado de sepultamento reservado às classes altas (Costa, 2005). A morte foi individualizada, hierarquizada, e associada ao status socioeconómico (RODRIGUEZ, 2001). A forma de morrer já não importava, como ocorria na maioria das sociedades pré-coloniais, senão a aceitação do sacrifício e o castigo que se devia seguir ao longo da vida para se obter a glória eterna.

No final da colonização as atitudes diante a morte foram revistas, o lugar dos mortos foi transferido das igrejas para um local apropriado, um lugar distante dos centros residências, os primeiros cemitérios.

## 2. A SOCIEDADE E A MORTE

A influência do contexto social na forma de encarar a morte e de lidar com as perdas torna-se evidente quando estudamos as transformações de uma sociedade ao longo da história. Ao fazermos tal estudo, percebemos com clareza que mudanças sociais tem como consequência alterações nos modos de se lidar com a morte.

A morte é sem dúvida um acontecimento importante em qualquer sociedade. A sua importância deve-se, entre outras razões, ao facto de ela tornar necessária a transmissão de costumes dentro de um grupo, já que o contacto entre diferentes gerações é sempre limitado. Para que os costumes de uma cultura sejam duradouros é preciso que sejam transmitidos sucessivamente de geração para geração. Por isso a cultura está diretamente relacionada á morte, como esclarece Morin (1988) *“A existência da cultura, isto é, dum património coletivo de saberes (...) só tem sentido porque as gerações morrem e é constantemente preciso transmiti-la às novas gerações”*. A importância da morte para qualquer sociedade transparece em toda a mobilização que um falecimento gera. Esta mobilização envolve as emoções que a perda desperta, bem como crenças, rituais e comportamentos relacionados á morte.

Nas religiões cristãs, o envio de coroas de flores (que são colocadas próximas ao caixão) é um sinal de consideração e apreço pelo recém-falecido. No caso da religião judaica, pelo contrário, a consideração consiste em não se enviarem flores. Quase sempre, em algum momento, há a presença de uma autoridade religiosa (que varia conforme a crença da família do morto) que convoca os presentes a rezarem pela alma do falecido. Há, ainda, outras cerimónias que sucedem o enterro, em datas pré-estabelecidas (por exemplo, a missa de sétimo dia, na religião católica, ou a Descoberta da Matzeiva, na judaica). Esse conjunto, que inclui emoções, crenças e rituais, revela que, para o Homem, a morte é percebida como algo que vai para além de um fenómeno fisiológico: *“Ao evento orgânico é acrescentada uma complexa quantidade de crenças, emoções e atividades que lhe confere um carácter peculiar. Vemos a vida extinguir-se, mas expressamos esse fato através do uso de uma linguagem característica: é a alma, dizemos, que parte para outro mundo e onde se encontra com os seus antepassados”* (Hertz, 2004).

As crenças, emoções e rituais são, portanto, três elementos que dão á morte humana uma característica particular. Embora possam variar consideravelmente em diferentes sociedades e períodos da história, essas variações geralmente não são percebidas, e esses elementos são quase sempre compreendidos com familiaridade

pelos membros de uma cultura. Essa familiaridade faz com que crenças, emoções e rituais sejam pensados como reações “*naturais*” á morte, como se fosse algo inerente á espécie humana. Na nossa cultura, é “*natural*”, por exemplo, sentir tristeza quando se perde alguém com quem estabelecemos uma relação de proximidade. Por causa dessa sensação de “*naturalidade*”, pode-se pensar que a tristeza é um sentimento universal perante a morte. A “*naturalidade*” pode, portanto, fazer uma pessoa ignorar o quanto os costumes variam de acordo com a cultura e com a época. Os sentimentos e os modos como se comportam perante a morte de uma pessoa parecem “*naturais*” quando estão de acordo com a concepção de morte vigente no contexto em que estão inseridos.

Até aproximadamente o século XV, por exemplo, os cemitérios europeus eram locais de encontro, onde havia comércio, dança e jogos (Ariés, 2000). Esse costume, que seria visto nos dias de hoje como grotesco, era o “*natural*” na época. Tal “*naturalidade*” está relacionada á concepção de morte predominante naquela cultura, naquele momento histórico. Na Europa, durante daquele período, a morte era vista de maneira quase sempre tranquila, sem qualquer tipo de medo ou horror. Morrer era percebido como algo “*natural*”, que fazia parte da ordem das coisas. Por isso, fazia sentido que os cemitérios fossem um lugar de reunião social entre as pessoas.

Concluindo, todos esses elementos (as concepções de morte, as emoções que ela gera, as crenças e os rituais a ela associados) são geralmente pensados como “*naturais*” quando observados “*de dentro*” do contexto no qual estão inseridos. Por esta razão, em Portugal considera-se “*natural*” que os enterros aconteçam o mais breve possível, de preferência passado 24 horas após o falecimento. Por sua vez, na Suécia considera-se “*natural*” realizar um velório que dure dias e, após esse tempo, o corpo é enterrado. O “*natural*” é diferente para os portugueses e para os suecos, porque cada contexto social tem regras e costumes diferentes. A ideia de “*naturalidade*” está relacionada, então, com os parâmetros de cada sociedade. Não é, portanto, determinada “*á priori*”, mas construída socialmente. Não é fruto da natureza, mas da cultura.

### **CAPÍTULO III – CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

## 1. FILOSOFIA E OS PRINCÍPIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

A palavra “*paliativo*” surge do latim *pallium*, que significa manto ou capa. Este manto serve para aquecer “*aqueles que passam frio*” de forma a confortá-los. Nos cuidados paliativos os sintomas são “*encobertos*” para promover o conforto dos doentes sem tratamento curativo (Pessini e Bertachini, 2005).

Os cuidados paliativos surgem devido ao sentimento de carência de alguns profissionais sobre cuidados de saúde específicos e de qualidade a um número cada vez maior de doentes oncológicos em fim de vida. Pensava-se na altura que para estes doentes já se tinham esgotado todas as possibilidades e não haveria nada a fazer (Neto, Paldron e Aitken, 2004).

Surgem, então os cuidados paliativos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como “... *cuidados ativos, completos, de doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo. A luta contra a dor e dos outros sintomas e a consideração dos problemas psicológicos, sociais e espirituais é fundamental.*” (OMS, 1990). Como tal, estes cuidados visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e das respetivas famílias que enfrentam o problema de uma doença potencialmente fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e dos outros problemas físicos, psicológicos e espirituais relacionados a ela (OMS, 2002). Concluindo, segundo a OMS (2002) “*Cuidados paliativos são uma abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes face a doenças crónicas mais ou menos avançadas ou a doenças graves que ameaçam a vida, envolvendo os familiares, e incidindo na prevenção e alívio do sofrimento. Requerem a identificação precoce, a avaliação e o tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.*”

São merecedores de cuidados paliativos crianças e adultos com malformações congénitas, pessoas com qualquer doença aguda, grave e ameaçadora da vida, pessoas com doenças crónicas progressivas, pessoas com doenças ameaçadoras de vida, pessoas com lesões crónicas e limitativas e pessoas seriamente doentes ou em fase terminal (Bernardo, 2016).

Assim, é possível perceber que “*os cuidados paliativos são cuidados integrais, totais e contínuos, que têm em conta os aspetos físicos, psicológicos, sociais, económicos, práticos e espirituais e, consideram o doente e a família como a unidade a cuidar e neles centrados, com respeito pelas suas preferências, objetivos e valores culturais, sociais e espirituais, sempre uma conceção sistémica*” (Bernardo, 2016).

É importante perceber que os cuidados paliativos regem-se por um conjunto de princípios e valores, nomeadamente a autonomia, a dignidade, o relacionamento doente-profissional, a qualidade de vida, a posição face à vida e à morte e a comunicação. Estes valores devem ser respeitados para que haja efetivamente um cuidar paliativo (Bernardo, 2016).

Reconhecendo os cuidados paliativos como cuidados de saúde únicos, estes atuam segundo princípios fundamentais, sendo eles: afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural da vida, não acelerar nem adiar intencionalmente a morte, promover o alívio da dor e de outros sintomas incómodos. Abordar aspetos sociais, psicológicos e espirituais, oferecer apoio à família durante a doença e o luto, auxiliar os doentes de forma a viverem ativos, dentro das suas limitações, até à morte. E por último, oferecer uma abordagem multiprofissional indo ao encontro das necessidades do doente e da família, englobando aconselhamento durante o luto (OMS, 2004).

Decorrente deste último, os cuidados paliativos para atenderem às necessidades do doente e da sua família necessitam de uma equipa multidisciplinar. Esta variedade de profissionais de saúde que integram os cuidados paliativos devem ter uma formação diferenciada, com conhecimentos atendendo os fundamentos destes cuidados. Uma equipa interdisciplinar permite um acompanhamento individualizado ao doente e à sua família, para um melhor controlo dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais (Maciel, 2008).

Face a todas as características dos cuidados paliativos, estes devem ser iniciados o mais precocemente possível, podendo coincidir com medidas terapêuticas como a quimioterapia e a radioterapia, devendo ser feito desde logo as investigações necessárias para melhor compreensão e controlo de sintomas. Os cuidados paliativos pretendem melhorar a qualidade de vida do doente e influenciar positivamente o curso da doença (OMS, 2004).



## 2. A COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A comunicação é uma necessidade básica, inata e universal ao sere humano, sendo que nenhum ser é capaz de sobreviver sem troca de informação.

Na realidade, a comunicação baseia-se numa troca de informação de uma pessoa para outra, assumindo o papel de processo dinâmico, onde os acontecimentos e as relações vão influenciando os demais. Este processo faz parte de cada um, desde que nascemos, podendo ser intencional e consciente ou não. Segundo Watzlawick (1981), cit por Ribeiro (1991), *“todo o comportamento é comunicação”* e *“não se pode não comunicar”*. É impossível não comunicar, de tal forma que comunicamos quer através do que fazemos, quer através do que não fazemos, pois “ (...) *qualquer indivíduo, só pelo facto de estar exposto à percepção (mesmo sem fazer nada por isso), informa inevitavelmente um eventual observador...*” (Watzlawick,1981).

A comunicação enquanto processo envolve um emissor, a mensagem e um recetor. O primeiro é aquele que envia a mensagem, que corresponde ao que quer ser comunicado ao recetor, que é quem recebe a mensagem. Isto acontece num meio, onde podem existir perturbações que podem distorcer a mensagem, devendo ser evitadas ou minimizadas. Para além de transmitir informação (conteúdo), ao comunicar transmitimos também sentimentos e emoções, podendo ser considerado, assim, um ato de partilha.

Paralelamente a este processo, surgem as chamadas barreiras à comunicação e estas podem assumir diversas formas, como a linguagem não ser conhecida de todos os envolvidos, utilização de palavras ambíguas, diferentes valores e crenças, papéis sociais distintos, entre outros. (Santos, 2007)

A comunicação pode ser verbal ou não verbal. Na comunicação verbal temos a oral e a escrita e na comunicação não-verbal temos os gestos, as expressões faciais, a roupa, o toque e, também, o silêncio. Os dois tipos de comunicação não são exclusivos, isto quer dizer que podem até ser complementares.

No âmbito da prática de cuidados paliativos estão reconhecidas várias situações de comunicação mais complexas, como por exemplo, a transmissão de más notícias (do diagnóstico e do prognóstico), a conspiração do silêncio, a negação e a agressividade, entre outras (Querido et al., 2010).

O processo comunicacional é alvo de rigor, técnica e treino, devendo ser um foco de atenção por parte dos profissionais de saúde.

### 3. CONSPIRAÇÃO DE SILÊNCIO E COMUNICAÇÃO DAS MÁS NOTÍCIAS

Num contexto de desenvolvimentos técnicos e científicos, em que a perceção de que quase todos os problemas podem ser resolvidos com o uso de aparelhos tecnológicos, a terminalidade e a morte permanecem como limites ao ser humano. Desse modo, pacientes, familiares e até mesmo os profissionais de saúde evitam falar sobre o tema. Cria-se, assim, uma situação conhecida como “*conspiração de silêncio*” (KOVACS, 2004). Essa condição manifesta-se com a transmissão de mensagens ambivalentes, nas quais o discurso verbal otimista e focado em assuntos diversos e superficiais é contradito pela linguagem não-verbal, que expressa claramente o agravamento da situação.

Profissionais e familiares, por acharem que poderão aumentar o sofrimento e a depressão, evitam falar sobre terminalidade e morte para poupar o paciente, que, por sua vez, visando proteger as pessoas que lhe são mais queridas, também evita abordar o assunto. Cria-se, assim, uma espécie de isolamento emocional: de um lado, o paciente, e do outro, a família, todos com sentimentos, dúvidas e anseios semelhantes, porém não compartilhados.

Nos domínios da Saúde em Portugal, ao doente é-lhe reconhecido o direito de ser informado sobre o seu estado clínico (Bernardo, 2016). Contudo, por vezes, a comunicação da sua situação clínica está associada à receção de uma má notícia. Esta designa-se por qualquer informação que vai alterar a expectativa da pessoa em relação a algo, potenciando a instabilidade a vários níveis, nomeadamente cognitivo, emocional e comportamental (Barreto, 2009). Assim, a forma como é comunicada deve ter em atenção diferentes aspetos, exigindo sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino dos profissionais de saúde.

Existe um protocolo de comunicação de más notícias, o protocolo de Buckman (1992), que pressupõe etapas consecutivas que não devem ser ultrapassadas sem que a anterior esteja terminada. Tendo em conta o protocolo mencionado, a comunicação da má notícia engloba seis fases denominadas de “*SPIKES*”: a primeira visa assegurar um contexto físico adequado (Setting); a segunda caracteriza-se por perceber o que é que o doente sabe sobre a sua doença (Perception); a terceira pauta-se por entender até que ponto o doente quer saber toda a realidade da informação (Invitation); a quarta refere-se à transmissão da notícia em pequenas quantidades de informação (Knowledge); a quinta estabelece que o profissional de saúde deve responder às questões do doente (Emotions) e, por fim, a última fase corresponde ao planeamento e acompanhamento do doente (Summary) (Carvalho, 2008).

A comunicação da má notícia deve ser dada com sinceridade, prudência e de forma progressiva, gradual e suportável, tendo sempre em conta as condições emocionais em que se encontra o paciente. Nesse contexto é essencial ter em consideração todos os sinais não-verbais transmitidos pelo paciente, pois estes permitem a identificação e interpretação do estado emocional em que se encontra o doente e indicam ao profissional até onde poderá ir naquele momento.

Na comunicação da má notícia é essencial que o profissional mostre que está atento, demonstre empatia e carinho nos seus comportamentos e sinais não-verbais. A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque nas mãos, braços ou ombros ajudam a demonstrar empatia e oferecer apoio e conforto. O paciente precisa de sentir que, por pior que seja a sua situação, ali encontra-se alguém que poderá cuidar de si, que não o abandonará e em quem poderá confiar.

#### 4. SOFRIMENTO E O PROCESSO DE LUTO

As doenças avançadas estão frequentemente relacionadas com sintomas associados ao sofrimento, destacando-se nesse contexto a dor, que é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ao dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”* (MERSKEY, 1994). Significa, portanto, que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido, ou seja, em qualquer situação a dor é o que o paciente refere e descreve.

Segundo Jorge Biscaia *“A dor e o sofrimento humano são atributos da pessoa já que eles pressupõem não só uma componente neurológica, mas também a memorização e o repercutir psicológico que lhe dão uma clara implicação em comportamentos futuros”*.

Por sua vez MCINTYRE (1995) define sofrimento como *“um estado de desconforto que envolve uma perda ou uma ameaça de perda de nível de identidade e integridade do individuo e uma alteração da sua percepção perante o futuro”*.

Uma das importantes funções do sistema nervoso é fornecer informações sobre as lesões corporais que se estão a desenvolver e essas são expressas pela dor.

O controlo da dor deve basear-se numa avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos seus efeitos na vida do paciente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais, que possam ter impacto. Nesse sentido, as equipas multiprofissionais dedicadas aos Cuidados Paliativos devem estabelecer precocemente vias de comunicação claras para prestar assistência. Os familiares constituem um pilar fundamental para incentivar a adesão ao tratamento, já que uma analgesia insuficiente se traduz em sobrecargas física e psicológica para o paciente e para a sua família.

São diversas as barreiras existentes para um controlo adequado da dor, com a não-adesão ao tratamento por parte dos doentes, a relutância na prescrição de opioides por parte dos médicos e a crença de que a dor é inevitável, observada rotineiramente na prática no ambiente hospitalar.

A estratégia de base científica para o controlo adequado da dor e de outros sintomas resume-se, segundo Twycross (2003), na sigla *“EEMMA”*:

- ✓ **Evolução** da dor;

- ✓ **Explicação** da causa;
- ✓ **Manejo** terapêutico;
- ✓ **Monitorização** do tratamento;
- ✓ **Atenção** aos detalhes.

As doenças terminais são progressivas, com grande variabilidade individual associada a múltiplos sintomas intensos e oscilantes. A forma como cada indivíduo expressa a sua dor está intimamente relacionada com as suas experiências de vida, envolvendo respostas afetivas e cognitivas.

O luto, por sua vez, pode ser definido como um processo de adaptação à perda real ou simbólica de alguém ou algo muito significativo e é geralmente acompanhado de alterações significativas no estado emocional, outras no estatuto ou papel desempenhado, nas rotinas, entre outros e muda de modo definitivo a percepção anterior da realidade que tínhamos como certa. Deriva do processo de vinculação adaptativa que fazemos uns aos outros e à realidade que nos rodeia, sobretudo no que respeita os laços familiares.

Segundo R. Wilson (1993) o processo de luto pode ser interpretado como uma interrupção do curso esperado ou desejado da vida, a que se segue habitualmente desorganização emocional, comportamental, social, traduzidos em choque, raiva, apatia, culpa ou ansiedade, dificuldade em manter rotinas e cumprir tarefas, isolamento.

De acordo com Parkes (1996), este pode caracteriza-se pelo conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem em resposta a uma perda, sendo que esta perda pode ser real ou fantasiosa (Parkes, 1996 citado por Mota, 2013).

O luto é uma experiência comum a todos os indivíduos e é aceite naturalmente na maior parte dos casos. Apesar disto, alguns indivíduos reagem de uma forma disfuncional à morte ou à doença de um familiar desenvolvendo sintomas físicos e emocionais (Prigerson HG, [et al.] citado por Mota, 2013). Porém, Boelen e Prigerson (2007) tal como Bowlby, afirmam que após a perda de um ente querido, uma parte dos enlutados desenvolvem sintomas debilitantes e uma persistente incapacidade funcional, ou seja lutos mal resolvidos. Estes lutos prolongados poderão estar associados a características pessoais do enlutado, fatores contextuais, relação com o falecido e doença do familiar. Segundo Hudson [et. al.] (2012), a falta de informação e preparação para a morte de um familiar pode estar associada a um luto complicado.

Segundo Bowlby muitas das doenças psiquiátricas são a expressão de lutos não resolvidos. As manifestações de luto passam muito por estados de ansiedade e depressão presentes noutras situações. O luto faz parte do ciclo vital de quase todo o ser humano, sendo inevitavelmente sofrido como uma crise em qualquer altura do percurso desenvolvimental atingindo adultos, jovens, crianças e idosos. Numa perspetiva alargada pode incluir o sentimento de perda que pode ser vivido num divórcio, perda de emprego ou perda de saúde física.

Na perspetiva holística e salutogénica dos Cuidados Paliativos a intervenção na fase de Luto é uma evidência incontornável (NICE, 2004). Atualmente estão a ser definidos consensos sobre as linhas orientadoras para se estabelecerem padrões de qualidade em matéria de intervenção no Luto (European Association for Palliative Care, 2014).

## 5. APOIO E ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A família é também alvo de cuidados e não deve ser encarada de forma separada do doente, ou seja, o foco de atenção dos cuidados paliativos é sempre o binómio doente/família. Segundo a CIPE (2005) «*família é um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou como um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (...)*». Entendendo a família como um sistema integrado em diversos sistemas, esta caracteriza-se pela singularidade que decorre das inter-relações celebradas entre os seus membros, em contexto específico de funcionamento e estrutura. É um contexto em modificação aquando das mudanças decorrentes do processo de transição normativa ou não normativa, como é o caso do processo saúde e doença, associados a uma doença terminal.

A família e outros cuidadores, enquanto pessoas significativas para o doente, detêm um papel fundamental no apoio ao doente em fim de vida e sofrem também o impacto desta doença. Nesta fase, a família é prestadora e recetora de cuidados. O objetivo é monitorizar frequentemente o seu nível de *stress* e identificar problemas que possam ser resolvidos pela equipa profissional, multidisciplinar.

Todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções, de modo a responder às suas necessidades enquanto família, às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade. Das muitas funções que a família realiza, a mais relevante será proporcionar apoio emocional e segurança entre todos, havendo amor, aceitação, interesse e compreensão. Existe assim, um sentimento de pertença que conduz a um sentimento de identidade familiar e conforto.

Quando o equilíbrio familiar é quebrado pelo aparecimento de uma doença grave que levará à morte de um dos seus entes queridos, isto implica uma mudança no seio familiar, provocando muitas vezes crises no sistema familiar e *stress*, pois a crise é sentida por estes como uma ameaça, em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos e das necessidades de mudança. A doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor.

No que se refere às consequências da doença que ameaça a vida, os membros da família tendem a estar tristes e ficam presos entre um desejo de intimidade e um impulso de se afastarem emocionalmente do membro doente. Deste modo, o equilíbrio familiar pode estar em causa pela perspetiva da perda.

Walsch e McGoldrick (1998) concluem que é possível identificar alguns fatores que influenciam a adaptação da família à perda, são eles: **o processo da morte** (numa doença prolongada, a família é submetida a enormes custos financeiros e prestação de cuidados, pelo que pode apresentar-se exausta, colocando as necessidades dos outros membros em plano secundário); **a rede familiar e social** (quanto mais importante a pessoa é para a vida familiar, maior é o sentimento de perda e maiores as relações conflituosas entre os familiares); **o momento da perda no ciclo de vida** (é mais fácil aceitar a morte se esta decorrer no final de uma vida longa e produtiva); **o contexto sociocultural da morte** (o contexto em que a morte ocorre influencia a família na adaptação ou não à perda).

A tomada de consciência da perda de um membro gera na família sentimentos diversos, por vezes, contraditórios, perante a irreversibilidade da situação e a necessidade de assumir papéis para os quais pode não estar preparada. Assim, ela pode experimentar sentimentos de cólera dirigidos contra a doença, as circunstâncias ou as atitudes do médico, de culpa manifestada por alguns familiares ao censurarem-se por não terem agido tão rapidamente quanto o necessário, de impotência perante os factos que se lhes deparam e a incapacidade que sentem em lhes fazer face e de ambivalência perante o desejo de ter o seu familiar vivo por um longo período de tempo e simultaneamente o desejo de não o verem sofrer (Lamau, 1995; Novellas et al., 1996; Polaino-Lorente, 1996).

Só o conhecimento dos fatores que influenciam a perda, os sentimentos vivenciados pela família, bem como as fases porque passam as mesmas, permite aos profissionais compreender e avaliar as necessidades de apoio e assistência manifestadas por elas quando a morte se torna iminente e a hipótese de cura é substituída pelo privilégio do conforto (McClowry, 1998). Assim surge a importância do trabalho em equipa como um veículo de apoio não só ao doente como à sua família.



## **CAPÍTULO IV – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

## 1. DIMENSÕES ECONÓMICA, CULTURAL, FÍSICA, SOCIAL E ORGANIZACIONAL

A instituição da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim foi criada a 23 de Maio de 1756 por diligência da Câmara Municipal e auxílio pecuniário de Maria Fernandes da Vila Velha e ratificada pela Câmara, Nobreza, Clero e Povo em 8 de Junho do mesmo ano *“Aos oito dias do mês de Junho de 1756, nesta vila da Póvoa de Varzim e na Casa da Câmara dela aonde foram presentes João Francisco Cruz, juiz ordinário dos órfãos (...) e bem assim os vereadores António Manuel Craveiro, Luís Francisco de Castro e o Procurador do Concelho Domingos Francisco Marques todos oficiais do Senado da Câmara desta Vila e seu termo por Sua Majestade que Deus Guarde (...) e bem assim todas as pessoas governada nobreza e povo dela abaixo assinados ali pelo dito Senado da Câmara foi proposto ao mesmo povo que como no dia 23 de Maio próximo pretérito deste prezado ano comum assento se tinha erigido de novo a Irmandade ou Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia nesta Vila para se satisfazer a pia e venerável recomendação e exortação que o Senhor Rei D. Manuel de feliz memoria fizera por carta sua a todas as cidades, vilas e lugares deste reino (...) para melhorar serviço de Deus Nosso Senhor e de Sua santíssima Mãe a Virgem Maria Senhora Nossa e se exercerem todas as obras de misericórdia para socorro e alívio dos pobres necessitados e presos desamparados ...”* (documento manuscrito guardado nos arquivos da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim). A escritura da doação de Maria Fernandes fez-se no dia 30 de Maio sendo outorgantes a doadora e o Reverendo Dr. Domingos José Rebelo, Reitor da Paróquia de Nossa Senhora da Conceição.

A Confraria dos Santos Passos fundada em 1699, ficou agregada à Misericórdia com todos os seus bens, imagens e legados e o juiz serviria de Provedor enquanto não se procedesse *“...a eleição na forma dos compromissos e que seria a Misericórdia regida pelos Compromissos das Misericórdias de Lisboa e do Porto na parte que fosse aplicável ao estado desta Vila cujo termo, ou acórdão foi julgado por sentença pelo juiz ordinário e Câmara.”* (documento manuscrito guardado nos arquivos da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim). A eleição do primeiro Provedor realizou-se no dia da Visitação de Nossa Senhora a 2 de Julho, sendo o seu primeiro Provedor o Pe. Dr. Domingos José Rebelo, que viria a falecer, em Braga, em 26 de Setembro de 1756, sendo substituído por Francisco Leite Ferreira, que fora eleito a 2 de Outubro do mesmo ano.

Desde o início, a Santa Casa preocupou-se com os desprotegidos da sorte e pôs em prática as obras de misericórdia que os Compromissos de Lisboa e Porto recomendavam. Já em 1756, a Mesa Administrativa contrata um boticário para preparar e

fornecer graciosamente os remédios para a cura das maleitas dos pobres. Esta prática ainda era comum no século XX. Para além dos medicamentos, a Santa Casa patrocina banhos quentes, frios e de assento, para aliviar o mal de alguns doentes e prestava auxílio económico, àqueles que não tinham meios suficientes de sobrevivência.

O Lar de Nossa Senhora da Misericórdia, com acordo de cooperação celebrado com o Instituto de Segurança Social, IP, Centro Distrital da Segurança Social do Porto (ISS/CDSSP), está integrado na Estrutura Residencial para Idosos da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, e funciona nas instalações desta instituição, situadas no Largo da Misericórdia, Póvoa de Varzim. As suas instalações são compostas por: receção; gabinete da Diretora Técnica; serviços administrativos; cozinha e despensa comum com outras respostas sociais; lavandaria e rouparia comum com outras respostas sociais; alojamento (feminino e masculino); sala de convívio e de atividades; gabinete médico e de enfermagem.

Nas proximidades desta instituição podemos encontrar o Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim, a Escola Secundária Eça de Queiroz, a Escola Primária EB1 “Nova”, o centro de saúde USF Eça de Queiroz, a Biblioteca Municipal Rocha Peixoto, o Mercado Municipal Dr. David Alves, várias igrejas (as mais próximas são a Igreja da Sra. Das Dores e a Igreja da Misericórdia), o Tribunal Judicial da Comarca, o Centro Comercial Premar, o posto da GNR, várias pastelarias, padarias, cafés, restaurantes, ourivesarias, papelarias, drogeries, lojas de roupa, mercearias e supermercados, farmácias e bancos.

A Estrutura Residencial é uma resposta social que consiste num alojamento coletivo para idosos, de utilização temporária ou permanente, em que são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem e rege-se pelo estipulado no:

- ✓ Decreto de Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro – Aprova o estatuto das IPSS;
- ✓ Portaria 67/2012 de 21 de Março;
- ✓ Protocolo de cooperação;
- ✓ Contrato coletivo de trabalho para as IPSS.

Este serviço destina-se a indivíduos de ambos os sexos, que sejam admitidos em conformidade com o regulamento interno, cuja missão visa prestar um conjunto de serviços que assegurem uma adequada qualidade de vida, respondendo na medida do possível às necessidades dos utentes, de acordo com os recursos da instituição.

Os valores e princípios orientadores da instituição são inspirados nas 14 obras da Misericórdia, assentando a atuação nos seguintes valores:

- ✓ Humanização dos serviços prestados;
- ✓ Atuação profissional com base na ética e responsabilidade;
- ✓ Equidade no acolhimento e tratamento dos utentes;
- ✓ Satisfação das necessidades dos utentes;
- ✓ Inovação para melhorar os serviços e resultados;
- ✓ Motivação e qualificação dos profissionais.

A estrutura residencial destina-se à habitação de indivíduos de ambos os sexos, residentes ou efetivamente ligados ao concelho da Póvoa de Varzim que por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança não podem permanecer na sua residência.

São objetivos da resposta social: contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar.

A estrutura residencial assegura a prestação dos seguintes serviços:

- ✓ Alojamento;
- ✓ Alimentação adequada às necessidades dos utentes, respeitando as prescrições médicas;
- ✓ Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- ✓ Cuidados de imagem;
- ✓ Cuidados médicos e de enfermagem;
- ✓ Administração de fármacos;
- ✓ Lavagem e tratamento de roupas;
- ✓ Apoio/acompanhamento psicossocial;
- ✓ Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e de motricidade para estimulação e manutenção das capacidades físicas e/ou motoras;
- ✓ A pedido do utente ou familiares pode ser disponibilizado acompanhamento e transporte a consultas e exames complementares de diagnóstico podendo as correspondentes despesas ficar a cargo do utente ou familiares.

Para que seja possível ingressar na instituição é necessário cumprir os critérios de prioridade indicados na tabela 1.

**Tabela 1-** Critérios de admissão.

<b>1º Critério</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter 65 ou mais anos de idade, ser social e economicamente desfavorecido ou desprovido de apoio familiar;</li> <li>✓ Ter 65 ou mais anos de idade, com algum tipo de deficiência que esteja impossibilitado de realizar as suas atividades diárias;</li> <li>✓ Ter 65 ou mais anos de idade, esteja impossibilitado de realizar as suas atividades diárias e o familiar que lhe presta assistência fica privado de o fazer por hospitalização ou outra situação de emergência;</li> <li>✓ Ter menos de 65 anos com algum tipo de deficiência que esteja impossibilitado de realizar as suas atividades diárias.</li> </ul>
<b>2º Critério</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser Benfeitor, Irmão da Santa Casa ou ter sido servidor ou colaborador da Santa Casa da Misericórdia.</li> </ul>
<b>3º Critério</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser natural, residente ou ligado afetivamente ao concelho da Póvoa de Varzim ou à Instituição.</li> </ul>
<b>4º Critério</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ordem de inscrição na Instituição</li> </ul>

A instituição dará resposta prioritária às situações mais graves.

Após a admissão do utente é realizado o processo individual do utente que é constituído por um conjunto de documentos, nomeadamente: ficha de inscrição do utente; contrato de prestação de serviços; dados de identificação, residência e situação económica (rendimentos e despesas fixas) e social do utente; dados de identificação, endereço e contactos da pessoa de referência do utente, familiar, representante legal ou outros, em caso de emergência; identificação do profissional de saúde de referência e respetivos contactos em caso de emergência, bem como a informação médica necessária (dieta, medicação, alergias e outros); ficha de Entrevista de Avaliação Diagnóstica; plano individual de cuidados ao utente; plano de desenvolvimento individual e respetivas avaliações e revisões; processo de saúde que pode ser consultado de forma autónoma; registos da prestação de serviços, participação em atividades ocorrências de situações anómalas ou reclamações; registos de entradas e saídas do utente em impresso próprio junto da responsável de turno; registo da cessação do contrato, com a

data e o motivo da cessação, anexando documentos. O processo individual do utente é arquivado nos serviços administrativos e uma cópia no gabinete da Diretora Técnica, garantindo sempre a sua confidencialidade.

No que diz respeito às dinâmicas funcionais da instituição, estas estão bem organizadas e estruturadas, tal como é possível observar no organograma (ver Apêndice II – Organograma da Instituição). No topo da hierarquia encontra-se a Assembleia Geral, o Definitório e a Mesa Administrativa. A Mesa Administrativa é responsável pela gestão de todos os serviços prestados pela instituição: parque de estacionamento, património, comunicação e imagem, assessorias, gestão da qualidade, manutenção e obras, culto, ocupação/desenvolvimento pessoal, apoio geral, medicina física e de reabilitação, informática, apoio à paramiloidose, portaria, área saúde, área social e recursos humanos. O serviço de apoio geral engloba a secretaria/tesouraria, o aprovisionamento, os serviços de transporte e os serviços gerais que abrange a lavandaria, cozinha, higiene pessoal, o serviço prestado pelas ajudantes de ação direta, a receção e o bar. A área da saúde é constituída pelos cuidados continuados de longa e média duração, pela comissão de controlo de infeção, pela comissão antimicrobianos, pelo serviço médico, pelo serviço de enfermagem, pela psicologia, pela nutrição/higiene e segurança alimentar e a prestação destes cuidados de saúde são assegurados pela farmácia da instituição. A área social engloba o centro de dia, a emergência alimentar, o apoio domiciliário e a estrutura residencial que engloba o lar, os grandes dependentes e o pensionato. Os recursos humanos englobam as áreas da medicina do trabalho e a higiene e segurança no trabalho.

O lar é constituído por quartos individuais, duplos e triplos e estão equipados com uma cama, uma mesa-de-cabeceira e um armário individual. O pensionato é constituído por quartos individuais e duplos mas na sua maioria por quartos individuais. Todos os quartos da zona feminina tem casa de banho privativa mas na zona masculina as casas de banho são partilhadas, pois as instalações da mesma são as mais antigas da instituição e ainda não sofreram remodelação.

Nos grandes dependentes encontram-se disponíveis 13 camas. Nesta secção da instituição existe um horário de posicionamento, que deve ser cumprido com o máximo de rigor: 0H – Decúbito Lateral Direito; 3H - Decúbito Lateral Esquerdo; 6H - Decúbito Dorsal; 10H - Decúbito Lateral Direito; 13H - Decúbito Lateral Esquerdo; 16H – Decúbito Dorsal; 20H - Decúbito Lateral Esquerdo.

Relativamente aos recursos humanos de momento a valência lar apresenta o seguinte rácio de colaboradores como está representado na figura 1.

**Figura 1. – Rácio de colaboradores**



Tal como foi representado na figura 1 a valência Lar desta instituição conta com a colaboração de: 12 auxiliares no turno da manhã, 6 auxiliares no turno da tarde, 3 auxiliares no turno da noite e um auxiliar fixo que está responsável pelo serviço e que realiza um horário fixo; 3 auxiliares de limpeza no turno da manhã e 1 auxiliar de limpeza no turno da tarde; 3 enfermeiros no turno da manhã e durante o turno da tarde conta com a colaboração de 1 enfermeiro fixo e 1 enfermeiro que presta apoio a todas as valências da instituição; 1 assistente social que realiza a função de diretor técnico desta valência e que presta os seus serviços de segunda a sexta-feira das 9 às 17 horas; 1 terapeuta ocupacional que presta os seus serviços de segunda a sexta-feira das 9 às 17 horas; 1 animador sociocultural que presta os seus serviços de segunda a sexta-feira das 9 às 17 horas; 2 animadores que apenas realizam serviços pontuais e que prestam os seus serviços de segunda a sexta-feira das 9 às 17 horas; 1 psicólogo que presta os seus serviços de segunda a sexta-feira das 9 às 17 horas; 1 médico que presta os seus serviços de segunda a sexta-feira e mostra disponibilidade para estar contactável fora do seu horário de trabalho, caso necessário; 1 nutricionista que presta apoio a todas as unidades duas vezes por semana.

A Santa Casa da Misericórdia conta com o apoio de cinco voluntárias, que prestam os seus serviços em dias alternados.

Se o utente necessitar de recorrer a serviços de saúde fora da área da instituição, o familiar ou pessoa responsável responsabilizar-se-á pelo pagamento das respetivas despesas das deslocações e toda a assistência necessária (incluindo o seu acompanhamento). Constatando-se uma situação de emergência entre as 24H e as 8H, a instituição garante o acompanhamento, sendo o familiar ou pessoa responsável informado.

Os medicamentos são adquiridos por intermédio do sistema ou subsistemas de saúde a que o utente pertencer. Os custos da medicação e de material de enfermagem são da responsabilidade do utente.

Os cuidados de higiene realizam-se diariamente e são assegurados pelas auxiliares de ação direta que tentam dentro do possível, fomentar e estimular a sua autonomia e a manutenção das suas capacidades. A instituição determinará a necessidade de utilização de fraldas ou outras ajudas consideradas necessárias que visem o bem-estar do utente e a manutenção dos cuidados da sua higiene. As despesas destes artigos são custos não incluídos na mensalidade.



A instituição disponibiliza serviço de cabeleireiro, barbeiro, manicure e pédicure, sendo as despesas suportadas pelo utente ou familiar/pessoa responsável.

A assistência espiritual e religiosa é assegurada pelo capelão da instituição a pedido do utente ou família/pessoa responsável.

O funeral do utente e respetivos encargos são da responsabilidade dos respetivos familiares ou herdeiros e na sua falta, será realizado pela Santa Casa da Misericórdia e para o cemitério local.

No que diz respeito às dinâmicas relacionais do contexto, a relação entre os utentes é hostil, existindo constantemente pequenos conflitos, mas em contrapartida a relação entre pequenos grupos é de amizade e cooperação. As relações entre clientes-funcionários e entre funcionários é boa, não tendo sido identificados conflitos.

Dentro das respostas/ações dirigidas às pessoas idosas o Lar da Santa Casa da Misericórdia tem um plano de atividades que se encontra representado na tabela 2.

**Tabela 2-** Plano de atividades desenvolvidas pela instituição.

<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
Jogos de movimento  Caminhadas no jardim	<u><b>10:30/12H</b></u>  Missa	Cadernos de memórias	Jogos de movimento  Caminhadas no jardim	<u><b>10:30/12H</b></u>  Saídas ao exterior <b>(quinzenal)</b>  Acordeão <b>(mensal)</b>
<u><b>14:00/14:45H</b></u>  Terço	Quiz/Sopa de letras/Escrita/Cálculo	<u><b>14:00/14:45H</b></u>  Terço	<u><b>14:00/14:45H</b></u>  Terço	<u><b>14:00/14:45H</b></u>  Terço
<u><b>14:45/18H</b></u>  Jogos de mesa		Reminiscências  Culinárias <b>(quinzenal)</b>	<u><b>14:45/18H</b></u>  Jogos de mesa	Atividades criativas

Todas as segundas-feiras de manhã os utentes podem usufruir da atividade “*Jogos de Movimento*” e “*Caminhadas no Jardim*” e durante a tarde podem assistir ao terço das 14:00H às 14:45H e das 14:45H às 18H podem participar na atividade “*Jogos de Mesa*”. Às terças-feiras de manhã das 10:30H às 12H os utentes podem assistir á missa e durante a tarde podem participar na atividade “*Quiz/Sopa de letras/Escrita/Cálculo*”. Durante as quartas-feiras os utentes podem integrar a atividade “*Cadernos de memórias*” durante a manhã, das 14:00H às 14:45H o terço e das 14:45H às 18H a atividade “*Reminiscências culinárias*” que se realiza quinzenalmente. Todas as quintas-feiras de manhã os utentes podem usufruir da atividade “*Jogos de Movimento*” e “*Caminhadas no Jardim*” e durante a tarde podem assistir ao terço das 14:00H às 14:45H e das 14:45H às 18H podem participar na atividade “*Jogos de Mesa*”. Às sextas-feiras das 10:30H às 12H realiza-se a atividade “*Saídas ao exterior*” quinzenalmente e a atividade “*Acordeão*” mensal e durante a tarde das 14:00H às 14:45H podem assistir ao terço e das 14:45H às 18H podem participar na atividade “*Atividades criativas*”. Ao longo do estágio foi possível observar outras atividades que estão descritas no Apêndice III – Diário de Bordo.

A Santa Casa da Misericórdia tem um horário bem definido para as refeições. Na valência Lar de idosos o pequeno-almoço é servido às 9H, o almoço às 12:30H, o lanche às 16H, o jantar às 19H e a ceia às 21:30H.

Quanto ao horário de visitas, todos os familiares e amigos dos utentes podem realizar as suas visitas diariamente das 11:30H às 19 H. São autorizadas duas visitas em simultâneo por utente e as visitas não podem transportar comida para o interior, salvo se expressamente autorizadas pela equipa clínica.

As reuniões da equipa multidisciplinar realizam-se todas as quintas-feiras às 10H.

Após efetuar uma análise das condições que esta instituição oferece aos seus utentes passarei á análise das condições que ainda não são prestadas e que constituem uma mais-valia para aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Esta instituição não presta apoio no luto, sendo que o único apoio que é prestado á família realiza-se através do Grupo de Apoio aos Familiares, que decorre todas as últimas quintas-feiras do mês às 15H. Estas sessões de grupo englobam os familiares dos utentes que se encontram na valência Lar de Idosos, bem como os familiares dos utentes que integram os Cuidados de Média e Longa Duração, sendo que na maioria das sessões o grupo é constituído maioritariamente por familiares dos utentes que se encontram na unidade de longa duração e alguns da valência Lar de idosos. Este grupo

tem como objetivo fornecer suporte e apoio emocional aos familiares, promover o conforto e a solidariedade entre os familiares, facilitar a troca de experiências, promover momentos de reflexão e a partilha de sentimentos. Também podem esclarecer dúvidas que tenham relativamente aos serviços que estão a ser prestados aos seus familiares. Estas sessões são orientadas pela psicóloga da instituição e geralmente estas sessões são iniciadas com alguns jogos onde o objetivo é criar um debate sobre certos temas ligados às vivências que estes tem que passar enquanto cuidadores.

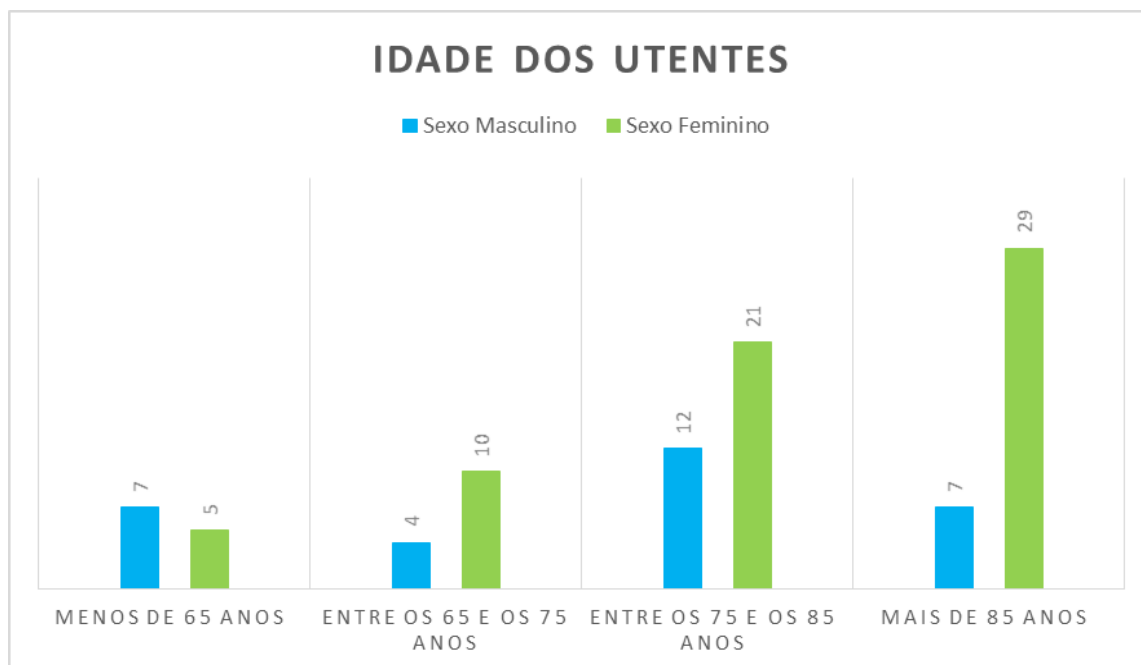
Ao nível da formação em Cuidados Paliativos, apenas 1 médico tem formação avançada na área, mas faz visitas muito esporádicas á instituição (só quando o médico residente não pode comparecer). Fora isso, apenas 2 enfermeiros tem uma pequena formação muito básica de 3 meses nessa área.

## 2. POPULAÇÃO IDOSA EM ANÁLISE

A instituição, segundo os dados analisados entre o mês de Novembro a Dezembro, apresenta 96 utentes a residir na valência Lar de idosos, entre os quais 66 do sexo feminino e 30 do sexo masculino.

A recolha de informação sobre os utentes que integram a valência lar de idosos foi possível através da análise dos processos individuais dos mesmos (ver Apêndice IV – Análise dos utentes). Esta análise irá começar com os dados sociodemográficos que se dividem: na idade dos utentes, data de admissão, naturalidade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias e profissão que desempenhavam durante a vida ativa. De seguida passarei á análise dos dados médicos, onde é possível analisar a história clínica de cada utente. Por fim, irei analisar os registos de psicologia que contem informação acerca dos resultados obtidos através do instrumento Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P., 2009) e do instrumento Geriatric Depression Scale (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003).

Passaremos á análise do Gráfico 1.- Idade dos utentes.



**Gráfico 1-** Idade dos utentes.

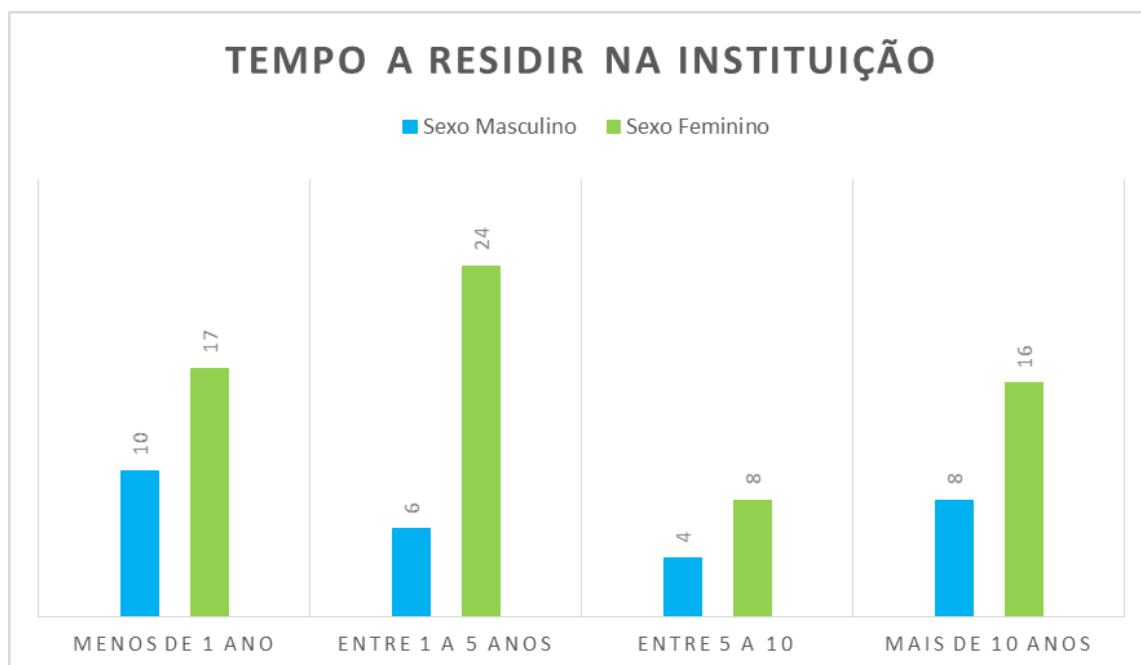
Para a divisão entre as idades apoiei-me na teoria do desenvolvimento da identidade de Erikson. Para este a velhice divide-se em três estádios: os idosos jovens (entre os 65

anos e os 75 anos), os idosos velhos (entre os 75 anos e os 85 anos) e os idosos muito velhos (mais de 85 anos). Para além destas três divisões também achei necessário acrescentar uma quarta coluna para os utentes com menos de 65 anos pois segundo o regulamento interno é possível acolher pessoas com menos de 65 anos, caso tenham algum tipo de deficiência que o impossibilite de realizar as suas atividades de vida diárias.

Dos 65 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre a idade, 7.69% tem menos de 65 anos, 15.38% tem entre os 65 e os 75 anos, 32.31% tem entre os 75 e os 85 anos e 44.62% tem mais de 85 anos. Dos 30 utentes do sexo masculino que consegui obter informação acerca da idade, 23.33% tem menos de 65 anos, 13.33% tem entre os 65 e os 75 anos, 40% tem entre os 75 e os 85 anos e 23.33% tem mais de 85 anos.

O utente com menos idade do sexo feminino nasceu a 10/11/1973, o utente com menos idade do sexo masculino nasceu a 14/12/1971, o utente com mais idade do sexo feminino nasceu a 26/3/1917 e o utente com mais idade do sexo masculino nasceu a 29/11/1922.

Passaremos á análise do **Gráfico 2.** – Tempo a residir na instituição.



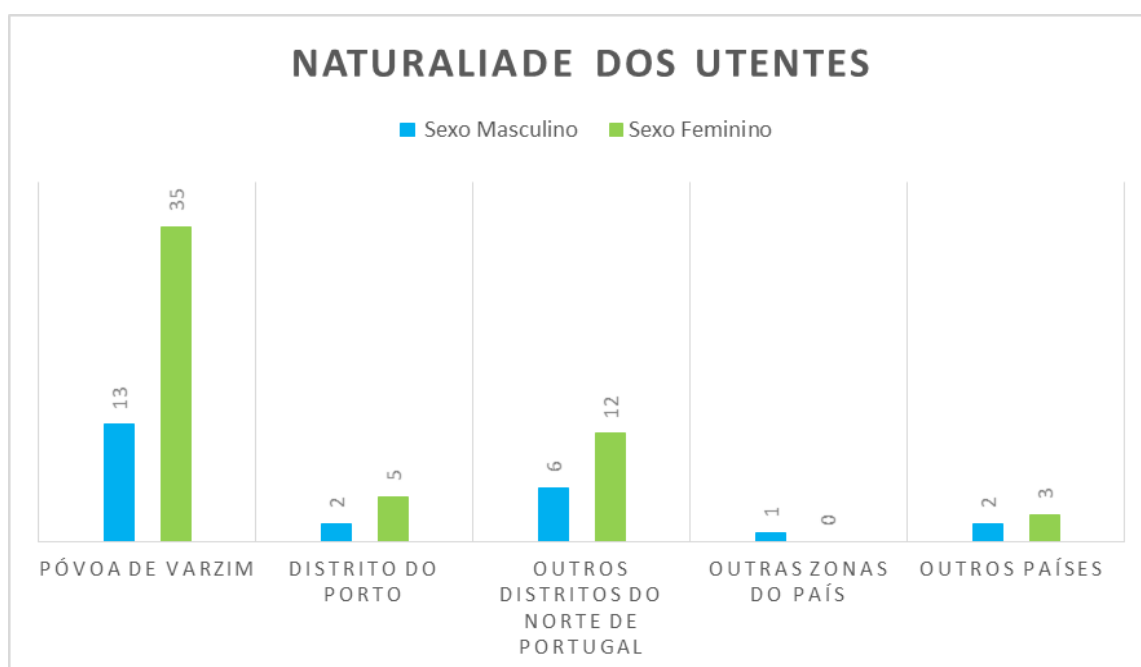
**Gráfico 2-** Tempo a residir na instituição.

Dos 65 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre o tempo que residem nesta instituição, 26.15% estão á menos de um ano, 36.92% estão entre um a

cinco anos, 12.31% estão entre cinco a dez anos e 24.62% estão á mais de 10 anos. Dos 28 utentes do sexo masculino que consegui obter informação sobre o tempo que residem nesta instituição, 35.71% estão á menos de um ano, 21.43% estão entre um a cinco anos, 14.29% estão entre cinco a dez anos e 28.57% estão á mais de 10 anos.

O utente do sexo feminino a residir á menos tempo na instituição deu entrada no dia 15/1/2018, o utente do sexo feminino a residir á mais tempo na instituição deu entrada no dia 1/7/1987, o utente do sexo masculino a residir á menos tempo na instituição deu entrada no dia 2/11/2017 e o utente do sexo masculino a residir á mais tempo na instituição deu entrada no dia 9/1/1984.

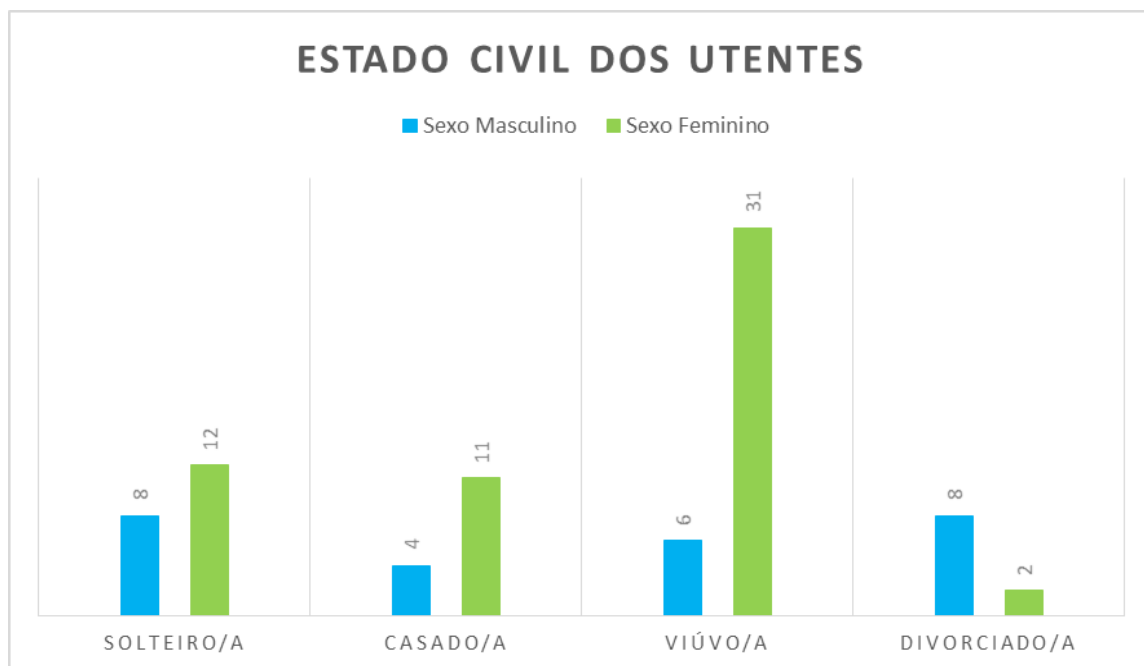
Passaremos á análise do **Gráfico 3.** – Naturalidade dos utentes.



**Gráfico 3** - Naturalidade dos utentes.

Dos 55 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre a naturalidade, 63.64% são naturais da Póvoa de Varzim, 9.09% são naturais do distrito do Porto, 21.82% são naturais de outros distritos do norte de Portugal, 0% são naturais de outras zonas do país e 5.45% são naturais de outros países. Dos 24 utentes do sexo masculino que consegui obter informação sobre a naturalidade, 54.17% são naturais da Póvoa de Varzim, 8.33% são naturais do distrito do Porto, 25% são naturais de outros distritos do norte de Portugal, 4.17% são naturais de outras zonas do país e 8.33% são naturais de outros países.

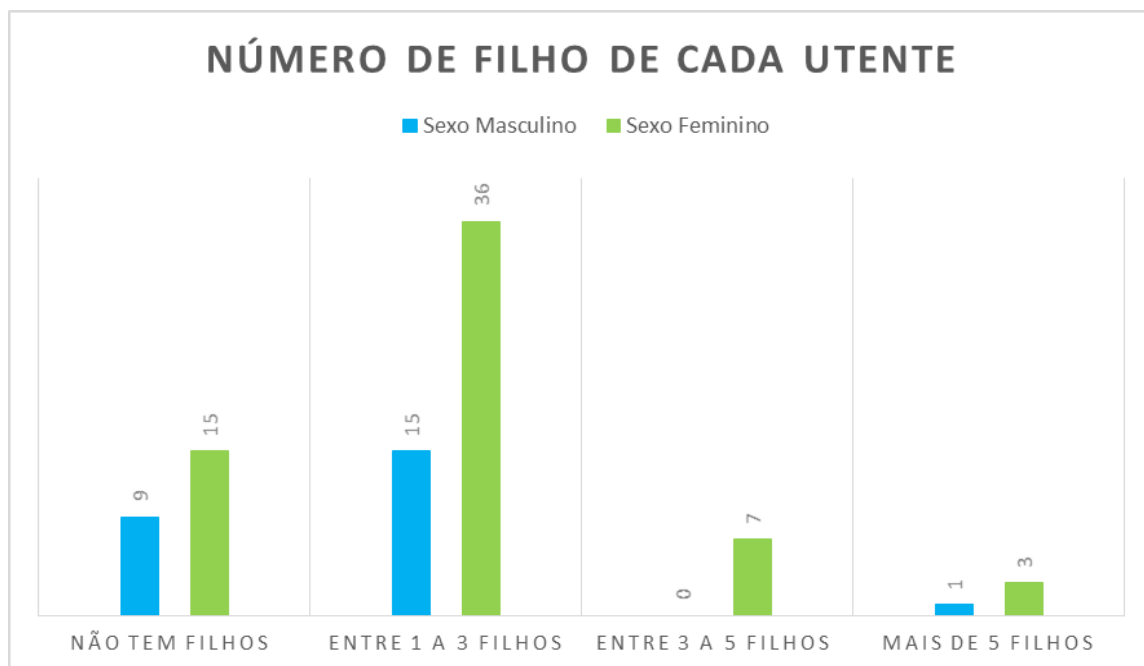
Passaremos á análise do **Gráfico 4.** – Estado civil dos utentes.



**Gráfico 4** - Estado civil dos utentes.

Dos 56 utentes do sexo feminino que conseguiram obter informação sobre o estado civil, 21.43% são solteiros, 19.64% são casados, 55.36% são viúvos e 3.57% são divorciados. Dos 26 utentes do sexo masculino que conseguiram obter informação sobre o estado civil, 30.77% são solteiros, 15.38% são casados, 23.08% são viúvos e 30.77% são divorciados.

Passaremos à análise do **Gráfico 5**. – Número de filhos de cada utente.



**Gráfico 5** - Número de filhos de cada utente.

Dos 61 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre o número de filhos, 24.59% não tem filhos, 59.01% tem entre um a três filhos, 11.48% tem entre três a cinco filhos e 4.92% tem mais de cinco filhos. Dos 25 utentes do sexo masculino que consegui obter informação sobre o número de filhos, 36% não tem filhos, 60% tem entre um a três filhos, 0% tem entre três a cinco filhos e 4% tem mais de cinco filhos.

Passaremos á análise do **Gráfico 6.** – Habilitações literárias.

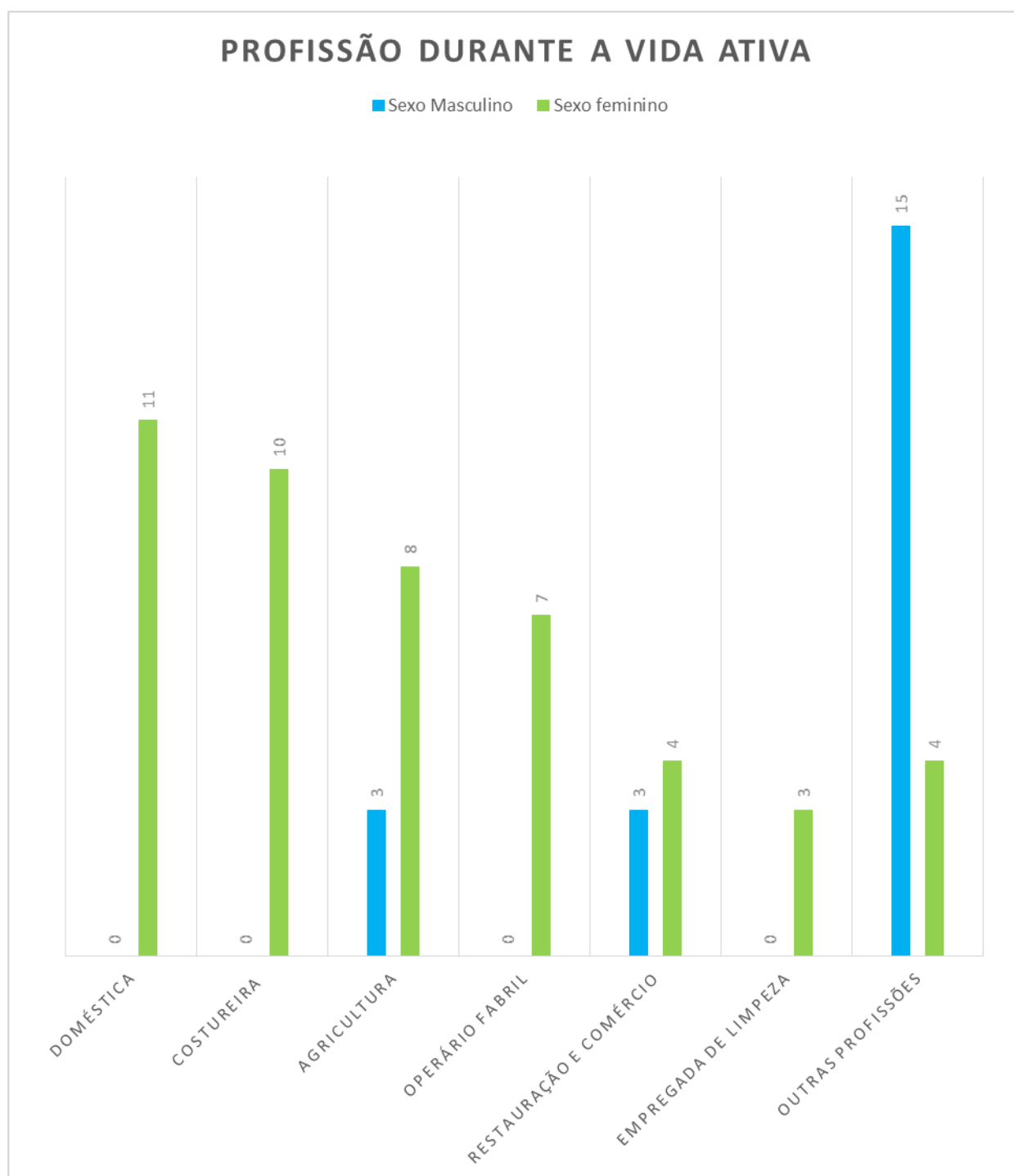


**Gráfico 6** - Habilitações literárias.

Dos 51 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre as habilitações literárias, 29.41% são analfabetos, 25.49% tem entre a primeira e a terceira classe, 41.18% tem a quarta classe, 1.96% tem entre o quinto e o décimo segundo ano, 0% tem um curso comercial ou industrial e 1.96% tem uma licenciatura. Dos 20 utentes do sexo masculino que consegui obter informação sobre as habilitações literárias, 15% são analfabetos, 5% tem entre a primeira e a terceira classe, 60% tem a quarta classe, 5% tem entre o quinto e o décimo segundo ano, 15% tem um curso comercial ou industrial e 0% tem uma licenciatura.

Passaremos á análise do **Gráfico 7.** – Profissão durante a vida ativa.



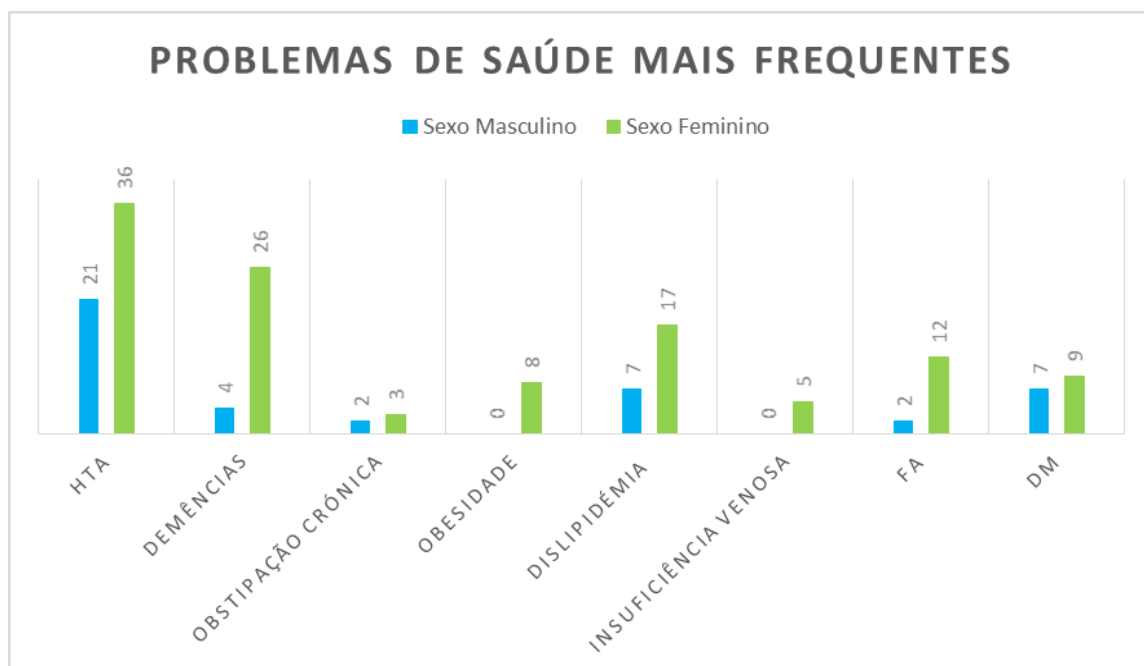


**Gráfico 7** - Profissão durante a vida ativa.

Dos 47 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre a profissão que desempenharam ao longo da vida ativa, 23.40% foram domésticas, 21.28% foram costureiras/modistas, 17.02% trabalharam na agricultura, 14.89% foram operários fabris, 8.51% trabalharam na restauração e comércio, 6.38% foram empregadas de limpeza e 8.51% trabalharam noutras profissões. Dos 21 utentes do sexo masculino que consegui obter informação sobre a profissão que desempenharam ao longo da vida ativa, 0% foram domésticos, 0% foram costureiros/alfaiates, 14.29% trabalharam na agricultura, 0%

foram operários fabris, 14.29% trabalharam na restauração e comércio, 0% foram empregados de limpeza e 71.42% trabalharam noutras profissões. Nas outras profissões temos um empregado da Câmara Municipal, um fotógrafo, um eletricitas, uma professora primária, um chapeiro de automóveis, um funcionário bancário, uma moleira, um funcionário de uma escola, um empregado de escritório, um escriturário, um motorista, entre outros. Alguns dos utentes desempenharam varias profissões ao longo da vida ativa e mesmo depois da reforma, mas no gráfico 7 só foram referidas as profissões que desempenharam durante um período mais longo.

No que diz respeito á história clínica dos utentes, foi possível concluir que nesta instituição os problemas de saúde mais frequentes são: hipertensão arterial (HTA), demências, obstipação crónica, obesidade, dislipidémia, insuficiência venosa, fibrilhação auricular (FA) e diabetes mellitus (DM). Os utentes analisados podem ser portadores de mais do que um dos problemas de saúde que serão mencionados, sendo que do sexo feminino 84.13% tem mais do que um dos problemas de saúde mencionados e do sexo masculino 48.58% tem mais do que um dos problemas de saúde mencionados. Desta forma passaremos á análise do **Gráfico 8**. – Problemas de saúde mais frequentes.



**Gráfico 8** - Problemas de saúde mais frequentes.

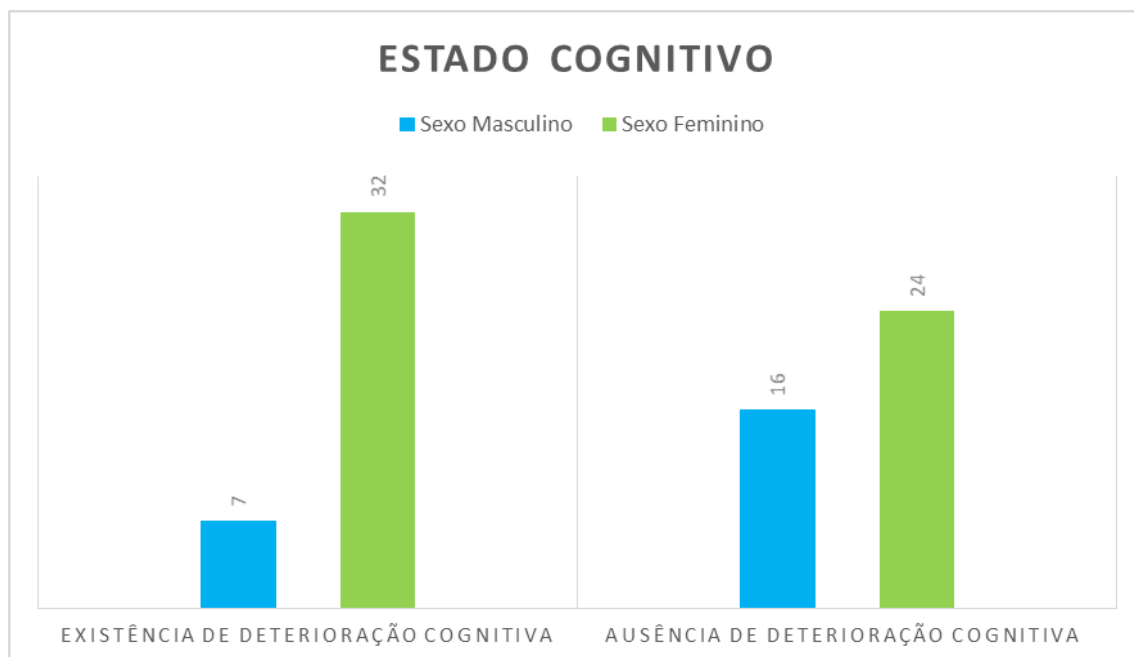
Dos 63 utentes do sexo feminino que consegui obter informação sobre os problemas de saúde de que são portadores, 57.14% foram diagnosticados com HTA, 41.27% apresentam algum tipo de demência, 4.76% foram diagnosticados com obstipação crónica, 12.70% foram diagnosticados com obesidade, 26.98% tem

dislipidemia, 7.94% foram diagnosticados com insuficiência venosa, 19.05% apresentam FA e 14.29% tem DM. Dos 29 utentes do sexo masculino que consegui obter informação sobre os problemas de saúde de que são portadores, 72.71% foram diagnosticados com HTA, 13.79% apresentam algum tipo de demência, 6.90% foram diagnosticados com obstipação crónica, 0% foram diagnosticados com obesidade, 24.14% tem dislipidemia, 0% foram diagnosticados com insuficiência venosa, 6.90% apresentam FA e 24.14% tem DM.

O funcionamento cognitivo dos utentes foi avaliado através do instrumento Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994; Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P., 2009) que tem como objetivo rastrear o declínio cognitivo através de uma avaliação global das funções cognitivas, em meio clínico e de investigação.

A pontuação do Mini-Mental State Examination (MMSE) é influenciada por variáveis demográficas, diminuindo com a idade e com a menor escolaridade sem influência significativa do género. O MMSE avalia as funções cognitivas de forma global, é um teste de fácil aplicação e requer cerca de 5 a 10 minutos, sendo o tempo de execução não cronometrado. Apresenta 30 questões divididas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – são referidas três palavras ('Pêra, Gato, Bola') que o examinando repete de seguida; Atenção e Cálculo – o indivíduo tem de realizar cinco subtrações sucessivas de três valores ao número trinta; Evocação – o examinando tem de evocar as três palavras atrás repetidas; Linguagem – constituída por dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), um de Repetição de uma frase ('O rato roeu a rolha'), três de Compreensão de ordem verbal ('Pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar em cima da mesa'), um de Compreensão de ordem escrita ('Feche os olhos'), um de Escrita espontânea de uma frase; Habilidade Construtiva (cópia de uma imagem constituída por dois pentágonos intersectados em dois lados, pontua-se com um ponto se os dez ângulos estão presentes e os polígonos intersectados de modo a que essa intersecção forme um quadrado). Cada item do teste é pontuado com 0 ou 1 valor e a pontuação total varia entre 0 e 30 valores, correspondendo este último ao melhor desempenho.

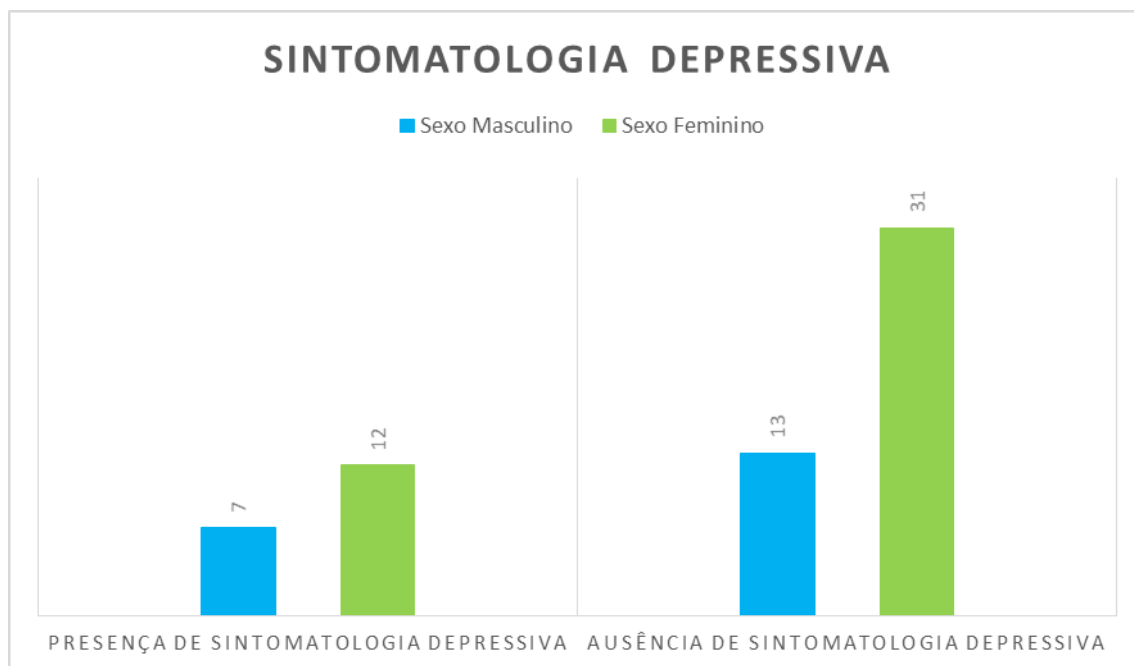
Neste instrumento considera-se que o indivíduo apresenta défice cognitivo caso seja analfabeto e obtenha uma pontuação inferior ou igual a 15 pontos, caso tenha entre 1 a 11 anos de escolaridade e obtenha uma pontuação inferior ou igual a 22 pontos e caso tenha escolaridade superior a 11 anos e obtenha uma pontuação inferior ou igual a 27 pontos. Desta forma passaremos á análise do **Gráfico 9**. – Estado Cognitivo.



**Gráfico 9** - Estado cognitivo.

Dos 56 utentes do sexo feminino que foram submetidos ao instrumento Mini Mental State Examination (MMSE), 57.14% apresentam deterioração/déficite cognitivo e 42.86% não apresentam deterioração/déficite cognitivo. Dos 23 utentes do sexo masculino que foram submetidos ao instrumento Mini Mental State Examination (MMSE), 30.43% apresentam deterioração/déficite cognitivo e 69.57% não apresentam deterioração/déficite cognitivo.

Relativamente ao Geriatric Depression Scale (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003) é constituído por 15 questões fechadas e as respostas a estas mesmas questões devem permitir avaliar a presença ou não de sintomatologia depressiva no indivíduo. Este instrumento procura saber se o indivíduo se encontra satisfeito com a sua vida e o que sente em relação à mesma, ou seja como se costuma sentir a nível emocional. Os pontos de corte propostos pelos autores da versão portuguesa seguem as indicações dos autores da escala original. Um resultado entre 0 a 5 pontos significa ausência de sintomatologia depressiva e um resultado acima dos 5 pontos significa presença de sintomatologia depressiva. Desta forma passaremos à análise do **Gráfico 10**. – Sintomatologia depressiva.



**Gráfico 10** - Sintomatologia depressiva.

Dos 43 utentes do sexo feminino que foram submetidos ao instrumento Geriatric Depression Scale (GDS), 27.91% apresentam sintomatologia depressiva e 72.09% não apresentam sintomatologia depressiva. Dos 20 utentes do sexo masculino que foram submetidos ao instrumento Geriatric Depression Scale (GDS), 35% apresentam sintomatologia depressiva e 65% não apresentam sintomatologia depressiva.

Para finalizar esta análise é de extrema relevância referir que nenhum destes utentes apresenta o Testamento Vital.

## **CAPÍTULO V – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES**

## 1. ANÁLISE SWOT

Para poder realizar a avaliação das necessidades é necessário realizar uma análise SWOT. A análise SWOT é uma ferramenta que permite fazer um diagnóstico estratégico da instituição e assim definir objetivos e estratégias futuras. As letras S W O T referem-se a Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Nesta análise o que se faz não é mais do que diagnosticar os pontos forte e fracos da instituição, mas não olhando apenas para o seu interior. Será preciso relacioná-los com o meio envolvente. Assim, a análise SWOT é feita a dois níveis: interno e externo. Ao nível interno são avaliados os pontos fortes e os pontos fracos, já as oportunidades e as ameaças resultam de uma análise ao nível externo à instituição.

Na tabela representada em baixo (Tabela 3), aparecem identificados, os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças do contexto de estágio através da análise SWOT.

**Tabela 3** - Análise SWOT da instituição.

	Forças	Fraquezas
<b>Internos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Existência de um grupo de apoio aos familiares</li><li>✓ Existência de uma médica com formação avançada em cuidados paliativos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ O único colaborador com formação avançada em CP, só realiza visitas esporádicas à instituição;</li><li>✓ Falta de prestação de ações paliativas a utentes que necessitam da prestação dessas mesmas ações;</li><li>✓ Não referenciação dos utentes que necessitam de ingressar nos Cuidados Paliativos;</li><li>✓ Falta de formação por parte dos colaboradores na área dos Cuidados Paliativos;</li><li>✓ Falta de apoio à família durante o internamento;</li><li>✓ Falta de prestação de apoio no luto à família;</li><li>✓ Falta de prestação de apoio no luto aos utentes;</li><li>✓ Nenhum dos utentes que residem na valência Lar da instituição tem Testamento Vital.</li></ul>

	Oportunidades	Ameaças
<b>Externo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existência do Hospital da Póvoa de Varzim nas proximidades da instituição;</li> <li>✓ Existência do Centro de Saúde da Póvoa de Varzim nas proximidades da instituição;</li> <li>✓ Existência de uma unidade de CP (WeCare) na Póvoa de Varzim.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dificuldades a nível financeiro.</li> </ul>



## 2. DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES

As necessidades/oportunidades foram identificadas através da análise SWOT, efetuada pela observação do contexto de estágio, através de conversas informais com alguns dos colaboradores da instituição (principalmente com a Enfermeira Ana Isabel) e a partir da análise de alguns documentos como o regulamento interno e os processos individuais dos utentes. Com o intuito de facilitar a análise decidi construir uma tabela, aonde a lista de necessidades identificadas está dividida em: necessidades pessoais, necessidades institucionais e necessidades prioritárias. Sendo assim apresento a lista de necessidades de intervenção descritas na Tabela 4.

**Tabela 4** - Lista de necessidades da instituição.

Necessidades Pessoais	Necessidades Institucionais
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Compreender o papel do Gerontólogo com formação avançada em Cuidados Paliativos numa residência para pessoas idosas;</li><li>✓ Desenvolver competências no âmbito da intervenção em Cuidados Paliativos;</li><li>✓ Identificar as necessidades/dificuldades institucionais na prestação de cuidados paliativos;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover a formação dos colaboradores relativamente ao conceito de cuidados paliativos e a sua necessidade em estruturas residenciais;</li><li>✓ Promover a prestação de apoio aos familiares durante o internamento;<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover a prestação de apoio no luto;</li></ul></li><li>✓ Promover a referenciação dos utentes que necessitam de ingressar nos Cuidados Paliativos;<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover a prestação de ações paliativas;</li></ul></li><li>✓ Perceber de que forma o luto tem impacto na vida dos utentes;</li><li>✓ Promover a prestação de cuidados humanos em estruturas residências;</li></ul>
Necessidades Prioritárias	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover a formação dos colaboradores relativamente ao conceito de cuidados paliativos e a sua necessidade em estruturas residenciais;<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover a prestação de cuidados humanos em estruturas residências;<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Promover a prestação de apoio no luto;</li></ul></li><li>✓ Perceber de que forma o luto tem impacto na vida dos utentes.</li></ul></li></ul>	

## **CAPÍTULO VI – AS INTERVENÇÕES**

## 1. PLANO GERAL DE AÇÃO/ATIVIDADES

Depois do processo de observação, da caracterização do contexto de estágio e da subsequente identificação das necessidades procedeu-se ao planeamento das atividades de intervenção (descrito na Tabela 5). Este planeamento incorpora todos os planeamentos de sessão (ver Apêndice V – Planificações das varias sessões) que foram realizados e que contem: o tema e a designação da atividade, a data em que foi realizada a atividade, os participantes, o objetivo geral, os conteúdos, a hora que teve início, o local onde foi desenvolvida a atividade, a duração, as estratégias metodológicas e as estratégias avaliativas.

As atividades descritas dividem-se em atividades dirigidas à instituição, atividades dirigidas aos utentes, atividades dirigidas aos colaboradores e atividades dirigidas á família dos utentes. A atividade *“Conte-nos como foi!”* é uma atividade dirigida aos utentes que residem na valência Lar de idosos da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim. Dentro das atividades dirigidas à instituição encontra-se a atividade *“Apoio no luto”* que também é dirigida á família dos utentes por se tratar de um procedimento que deve ser posto em prática com os familiares dos utentes, a atividade *“A prestação de cuidados humanos”* que também é dirigida aos utentes, familiares e colaboradores desta instituição pois é um manual que incentiva e explica de que forma os colaboradores devem prestar cuidados mais humanos aos utentes e familiares que fazem parte desta instituição, a atividade *“A importância dos cuidados paliativos em estruturas residenciais”* que também é dirigida aos colaboradores por se tratar de uma ação de sensibilização para os enfermeiros desta instituição e a atividade *“Para sempre!”* que é uma atividade dirigida não só á instituição como também aos utentes, familiares e colaboradores pois trata-se de um mural em que qualquer pessoa que faça parte desta instituição pode escrever uma mensagem ou dedicatória ao utente que faleceu.

Todas as atividades mencionadas serão descritas e analisadas detalhadamente de seguida.

**Tabela 5. – Planeamento geral.**

Designação da atividade	Tema	Objetivo geral	Conteúdo	Participantes	Número de sessões	Data das sessões	Hora	Local	Duração	Estratégias Metodológicas	Estratégias Avaliativas
<b>Conte-nos como foi!</b>	Momentos de partilha de experiências no luto	Dar a conhecer a atividade; Perceber quais os utentes interessados em participar; Perceber o que os utentes entendem por luto.	Apresentação; Introdução; Realização de uma pergunta: “O que entendem por luto?”; Registar os utentes interessados em participar na atividade; Fornecer informações importantes sobre a atividade; Agradecer a presença.	6 Utentes	1	2 de Março	15H	Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim: Capela.	<b>50 Min</b> Apresentação: 1 min Introdução: 3 min Realização de uma pergunta: 25 min Registar os utentes interessados em participar na atividade: 10 min Fornecer informações importantes sobre a atividade: 10 min Agradecer a presença: 1min	Utilização de um objeto que tivesse pertencido a alguém que já faleceu e com quem tivessem estabelecido uma relação de grande proximidade (Filho/a, marido/esposa, pai/mãe, irmão/irmã, etc).	Questionário de perguntas abertas: “Gostaram da sessão?”, “O que aprenderam com esta sessão?”, “Sugestões para melhorar a sessão”
		Desenvolver momentos de partilha de experiências no luto; Perceber a relação que existe entre as experiências de luto e a forma como encaram a morte.	Apresentação Introdução Partilha de experiências Aplicação do questionário de avaliação da sessão	6 Utentes	4	6, 7, 9 e 12 de Março	15H	Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim: Capela; Gabinete da Terapeuta Ocupacional, na Valencia Média Duração.	<b>50 Min</b> Apresentação: 1 min Introdução: 2min Partilha de experiências: 37 min Aplicação do questionário de avaliação da sessão: 10 min		

<b>Apoio no luto</b>	Promoção do apoio no luto	Desenvolver ferramentas que possibilitem a prestação de apoio no luto aos familiares dos utentes.	Afixação de um cartaz sobre os procedimentos a adotar antes e após o óbito com os familiares do utente, principalmente com o cuidador principal; Fornecer á instituição um protocolo de apoio no luto ao cuidador principal e explicar como utilizar esse protocolo. Aplicação do questionário de avaliação da sessão.	Enfermeira Responsável e Psicóloga	1	9 de Março	15H	Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim: Gabinete da Enfermeira Responsável (para a explicação da utilização do protocolo); Enfermaria/Salas de Enfermagem/ Gabinete médico (afixação do cartaz)	<b>1H</b> Afixação de um cartaz: 15 min Entregar o protocolo: 1min Explicar o funcionamento do protocolo: 34 min Aplicação do questionário de avaliação da sessão: 10 min	Utilização do cartaz para incentivar a equipa técnica a adotar medidas de apoio no luto.	Questionário de perguntas abertas: “ <i>Percebeu como funciona o protocolo?</i> ”, “ <i>Tem alguma questão que gostasse de colocar?</i> ”, “ <i>Considera este protocolo útil para a instituição?</i> ”, “ <i>Na sua opinião, o protocolo vai começar a ser utilizado pela equipa?</i> ”, “ <i>Sugestões para melhorar o protocolo</i> ”.
<b>A importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais</b>	Ação de sensibilização sobre a importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais	Perceber a importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais e qual o papel dos enfermeiros na prestação de cuidados e ações paliativas em estruturas residenciais.	- Preenchimento do questionário antes da atividade; - <b>Realização da ação de sensibilização:</b> Apresentação da Enfermeira que irá realizar a sessão; História dos Cuidados Paliativos; Conceito de Cuidados Paliativos e Ações	11 Enfermeiros	1	16 de Março	15H	Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, Refeitório da Unidade de Longa Duração	<b>1:35H</b> Preenchimento do questionário antes da atividade: 10 min Realização da ação de sensibilização: 1h e 15 min Preenchimento do questionário depois da atividade: 10 min	Utilização de um computador e de um retroprojektor para projetar um PDF com conteúdos que servem de guião para a atividade.	Utilização de um questionário aplicado antes e depois da sessão, para avaliar os conhecimentos já existentes e os conhecimentos adquiridos: “ <i>Na sua opinião, o que são Cuidados Paliativos?</i> ”, “ <i>Na sua opinião, cuidados paliativos e ações paliativas são conceitos distintos?</i> ” Se sim, o que os distingue?”, “ <i>Na sua</i>

			Paliativas; Princípios; Objetivos; Fundamentos; A quem se destina; Principais doenças abrangidas; Áreas de atuação; Sintomas; Papel do Enfermeiro; Procedimentos em Cuidados Paliativos (Cuidados com pensos; Fase agónica; Via Subcutânea). - Preenchimento do questionário depois da atividade;								<i>opinião, qual o papel do enfermeiro na prestação de cuidados e ações paliativas?".</i>
<b>A prestação de cuidados humanos</b>	Promoção da prestação de cuidados humanos.	Criar linhas orientadoras que possibilitem a prestação de cuidados humanos aos utentes.	Fornecer à instituição um manual para a prestação de cuidados humanos e explicar como utilizar esse manual. Aplicação do questionário de avaliação da atividade.	Enfermeira Responsável	1	28 de Março	15H	Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim: Gabinete da Enfermeira Responsável (para a explicação da utilização do manual).	<b>1H</b> Entregar o manual: 1min Explicar o funcionamento do manual: 49 min Aplicação do questionário de avaliação da atividade: 10 min	Utilização de tabelas e esquemas para facilitar a compreensão do manual.	Questionário de perguntas abertas: “ <i>Percebeu como funciona o manual?</i> ”, “ <i>Tem alguma questão que gostasse de colocar?</i> ”, “ <i>Considera este manual útil para a instituição?</i> ”, “ <i>Na sua opinião, o manual vai começar a ser utilizado pela equipa?</i> ”, “ <i>Sugestões para melhorar o manual</i> ”.

<b>Para sempre!</b>	Criação de um mural	Promover a criação de um mural para promover a prestação de apoio no luto.	Afixação do mural; Explicar o funcionamento do mural a alguns utentes, colaboradores e familiares e votação de quem gostou ou não gostou Votação de quem gostou e de quem não gostou do mural.	5 Colaboradores , 8 Utentes, 1 Familiar e o Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim a assistir á atividade.	1	27 de Março	15H	Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim: sala de convívio.	<b>3 Dias e 35 min</b> Afixação do mural: 20 min Explicar o funcionamento do mural a alguns utentes, colaboradores e familiares e votação de quem gostou ou não gostou: 15 min Votação de quem gostou e de quem não gostou do mural: 3 dias	Colocação de pequenos cartazes e setas indicativas a explicar em que consiste o mural e como utilizá-lo.	Criação de um cartaz onde as pessoas votam se gostaram do mural ou não. Essa votação realiza-se através da colocação de círculos verdes caso tenham gostado e vermelhos caso não tenham gostado.
---------------------	---------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------	-----	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2. CONTE-NOS COMO FOI!

A atividade “*Conte-nos como foi!*” foi a primeira atividade a ser desenvolvida e decorreu da necessidade de perceber de que forma o luto tem impacto na vida dos utentes.

De acordo com Kovacs (1992), as perdas e as suas elaborações fazem parte do cotidiano, já que ocorrem em todos os momentos do desenvolvimento humano e, embora sejam experiências universais, são vividas de forma particular por cada indivíduo. Portanto, o impacto da perda da saúde e da previsibilidade da vida é vivido por cada pessoa/família, de modo singular.

Worden (1998) pontua que a perda de uma pessoa amada é psicologicamente traumática na mesma medida em que sofrer uma queimadura grave é fisiologicamente traumático. Ele refere que o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar e, assim como a cura é necessária no campo fisiológico, um período de tempo é necessário para que o enlutado retorne ao estado similar de equilíbrio.

Esta atividade tem como tema “*Momentos de partilha de experiencias no luto*” e dividiu-se em duas etapas. A primeira etapa tinha como objetivo dar a conhecer a atividade aos utentes, perceber quais desses utentes estariam interessados em partilhar a sua experiencia nesta atividade e perceber o que os utentes entendem por luto (Ver Apêndice VI – Guião da sessão de apresentação). Nesta primeira etapa participaram 6 utentes, todos do sexo feminino, que pertencem à valência Lar de idosos da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim. Desses 6 utentes, todos demonstraram interesse em participar na segunda etapa desta atividade. Esta sessão decorreu na capela da instituição, no dia 2 de Março às 15 horas e teve uma duração de 50 min.

Quando questionados relativamente ao significado de luto, os utentes responderam que era a perda de um familiar, de um amigo, de alguém com quem estabelecemos uma relação de proximidade e que o luto está associado a uma grande tristeza que não desaparece, ficando para sempre as lembranças. Estes vêm o luto fortemente associado ao vestuário negro e encaram este ritual como uma forma de “*dar nas vistas*” e “*chamar a atenção*”. Segundos os participantes desta sessão, a maneira como se faz o luto gera críticas não só vindas de pessoas afastadas como também de vizinhos, amigos e até mesmo de familiares. Para estes utentes os aspetos que tem mais impacto no luto é o facto de se sentirem sós e a falta de suporte na realização das atividades diárias e apesar de todo o sofrimento que se sente, acham necessário continuar com as rotinas, por muito complicado que isso seja. Na ótica destes utentes, falar sobre o assunto nos



primeiros tempos do falecimento causa maior sofrimento e esse tempo deve ser utilizado para refletir e pensar sobre tudo o que aconteceu mas “*com nós próprios*”. Por fim, os 6 utentes participantes nesta atividade revelam que na sua opinião a espiritualidade e a realização de atividades que gostem para ocupar o tempo livre, ajuda na superação do luto.

Antes de terminar a sessão, pedi aos utentes que trouxessem algum objeto que tivesse pertencido ou que fizesse lembrar a pessoa que iriam falar na sessão seguinte. A utilização desse objeto faz parte da estratégia metodológica utilizada e tem como objetivo facilitar a introdução á partilha da experiência. Sendo o luto um tema delicado de abordar, achei interessante que os participantes levassem um objeto que tivesse pertencido ou fizesse lembrar o seu ente querido e começar esta partilha de experiencias com a explicação de qual seria o objeto, a quem pertencia ou a quem fazia lembrar e daí começar a desenvolver o tema.

A segunda etapa desta atividade teve que ser dividida em 4 sessões (ver Apêndice VII – Tabela de participantes na atividade). Em primeiro lugar porque para cada sessão só seria disponibilizado 50 minutos devido ao horário do lanche e por isso cada sessão só poderia ter 2 participantes. Em segundo lugar devido á incompatibilidade de horário com outras atividades que os utentes participantes levam a cabo, como por exemplo sessões de fisioterapia. Em terceiro e último lugar, porque um dos utentes participantes não quis partilhar a sua experiencia com nenhum dos utentes e só estaria interessado em participar caso realizasse a sessão a sós com a estagiária que iria dinamizar a sessão.

Para além destas condicionantes também foi necessário organizar a sessão tendo em conta as incompatibilidades existentes entre os utentes que iriam participar para evitar atritos durante a sessão.

Estas sessões foram realizadas nos dias 6, 7, 9 e 12 de Março às 15 horas com duração de 50 min e decorreram na capela da instituição e no gabinete da terapeuta ocupacional, na valência média duração da instituição.

Esta segunda etapa da atividade (Ver Apêndice VIII – Guião da sessão) tem como objetivo desenvolver momentos de partilha de experiencias no luto e perceber a relação que existe entre as experiencias de luto e a forma como encaram a morte.

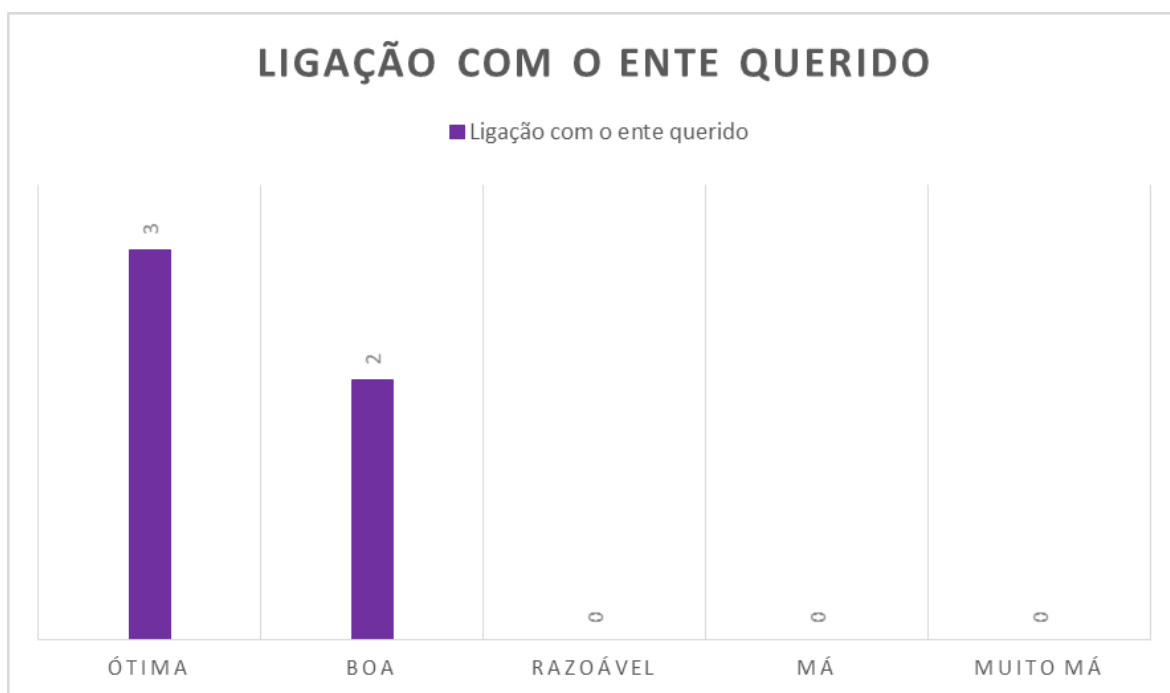
Durante a atividade os participantes partilharam (ver Apêndice IX – Quadro de perguntas da sessão) o tipo de ligação que tinham com essa pessoa, á quanto tempo faleceu, como é que se sentiram quando aquela pessoa faleceu, que impacto teve na sua vida e no seu dia-a-dia e como é que se sentem agora relativamente a essa perda. Para

além disso, também partilharam como é que encaram a morte e o que é que gostariam de fazer antes de falecer.

Dentro dos objetos escolhidos, 5 participantes escolheram fotografias que pertenciam ao seu conjugue e 1 participante não trouxe nenhum objeto pois não tinha nada que pertencesse á sua mãe (ver Apêndice X – Fotos dos objetos levados para a sessão).

Dos 6 participantes só será analisada a informação recolhida de 5 pois um dos utentes apresentava um estado confusional no momento da partilha de experiencias e dessa forma os seus dados não serão utilizados para a análise.

A análise do tipo de ligação que mantinham com a pessoa que faleceu está representado no **Gráfico 11.** – Ligação com o ente querido.



**Gráfico 11.** – Ligação com o ente querido.

Podemos verificar através deste gráfico que 60% dos participantes estabelecia uma relação muito boa com o seu ente querido e 40% dos participantes estabelecia uma relação boa com o seu ente querido. Não são relatadas por estes participantes ligações razoáveis, más ou muito más.

Relativamente ao tempo que o ente querido faleceu podemos analisar esses dados a partir do **Gráfico 12.** – Tempo que faleceu.



**Gráfico 12. – Tempo que faleceu.**

Tal como é possível observar através do Gráfico 12, 40% dos participantes relata que o seu ente querido faleceu entre 1 a 10 anos e 60% dos participantes relata que o seu ente querido faleceu á mais de 10 anos. Dos utentes que participaram nesta atividade não existe nenhum ente querido que tivesse falecido á menos de 1 ano.

Quando questionados relativamente ao que sentiram quando essa pessoa faleceu, os participantes referiram que sentiram um grande desespero, muito sofrimento, muita agonia, muita tristeza e solidão e citaram as seguintes expressões: *“Parecia que ia sufocar”, “Sentia-me às portas da morte”, “Não conseguia dormir” e “Tinha medo do silêncio”*.

De seguida foram questionados relativamente às mudanças que ocorreram na sua vida e no seu dia-a-dia e as respostas foram muito diversificadas. Para uma melhor compreensão passarei a citar alguns excertos das respostas dos participantes: *“Era uma pessoa muito ativa e passei a ser uma pessoa muito debilitada”, “Tive de sair de casa e vir viver para a Santa Casa”, “Não tive muitas mudanças porque já estava na Santa Casa, mas falta-me a companhia dele”, “Mantive as rotinas e as atividades”, “Passei a sair muito pouco, ia á igreja e pouco mais”, “Tive que cuidar dos meus filhos sozinha”, “Deixei de cantar fado, de fazer espetáculos”, “Passei a ficar muito tempo sozinha em casa”*.

Posteriormente foi pedido aos participantes que expressassem com se sentem atualmente face a essa perda revelando dificuldades em dormir, muita tristeza, solidão e saudade e citaram as seguintes expressões: *“Ainda choro quando penso na morte dele”,*

*“A tristeza não passa, saudades e magoa sempre terei”, “Só peço que deus me leve, custa-me muito estar sem ele, ele deixou-me aqui e está a fazer-me muita falta”, “Sinto-me mal, gostava que ele vivesse mas eu sei que é impossível (a chorar)”.*

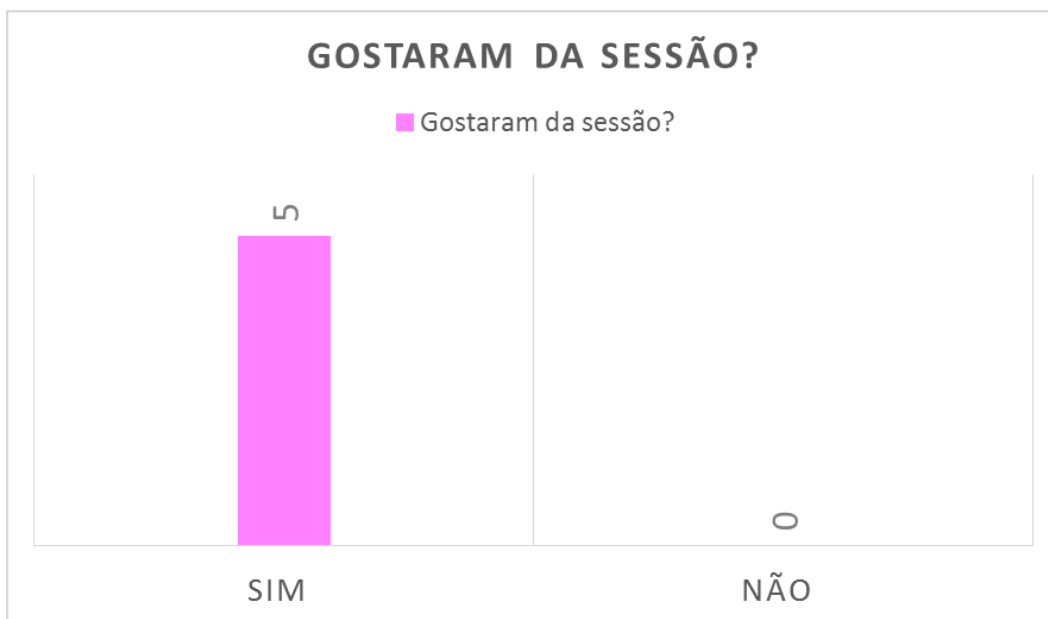
Seguidamente foram questionados em relação ao que sentem quando pensam na morte e os 5 participantes responderam da seguinte forma: *“Sinto-me muito triste, já tenho a roupa pronta para levar... gostava de me deitar e não acordar mais”, “Sinto alegria porque vou para quem eu quero... já quero morrer á muito tempo mas não o fiz pelos meus filhos”, “Não me assusta, estou preparada, faz parte da vida”, “Sinto o coração a bater, só isso”, “Não adianta pensar nisso”.*

Depois de questionados relativamente ao que sentem quando pensam na morte foram questionados acerca de terem medo de morrer e os participantes responderam da seguinte forma: *“Às vezes sim, outras vezes não... tenho medo da minha alma não ir para o céu”, “Não tenho medo... estou pronta”, “Estou preparada”, “... eu quero morrer, para ir para o céu, para a beira dele”, “Não tenho medo, só fico preocupada com os que cá ficam”, “Não tenho medo, mas não quero morrer”.*

Por fim foi-lhes perguntado se gostariam de fazer algo antes de falecer, se teriam algum desejo por realizar e os 5 participantes responderam que não.

Através dos dados a cima analisados é possível concluir que a relação que os participantes estabeleciam com os seus entes querido, neste caso com os seus conjugues, pode estar relacionado ou ter algum tipo de peso com o facto de terem ou não medo de falecer. Dos 5 participantes, 2 relatam que apesar da relação com o seu conjugue ser boa, tinham alguns problemas e que estes eram causadores de algum sofrimento. Esses dois utentes quando questionados relativamente ao facto de terem medo de falecer, 1 refere que sente tristeza e que por vezes tem medo de morrer porque tem medo que a sua alma não vá para o céu e a outra utentes refere que não pensa na sua morte e que apesar de não ter medo de morrer fica preocupada com os seus familiares que aqui vão ficar. Os restantes 3 participantes estabeleciam uma relação muito boa com o seu conjugue e quando questionadas relativamente ao facto de terem medo de falecer, os 3 utentes revelam estar preparados e que não sentem medo.

No final da sessão foi pedido aos participantes que respondessem a um questionário muito simples relativamente ao que acharam da sessão e se tinham gostado (ver Apêndice XI – Questionário de avaliação da sessão). O Gráfico13 revela as respostas á primeira questão.



**Gráfico 13. – Gostaram da sessão?**

Tal como é possível observar no Gráfico 13, 100% dos participantes gostaram da sessão.

A segunda questão será analisada no Gráfico 14.



**Gráfico 14. – Sente uma sensação de alívio depois de partilhar a sua experiencia?**

Através do Gráfico 14 é possível concluir que 100% dos participantes considera que esta atividade proporcionou uma sensação de alívio depois de partilharem as suas experiencias. Para terminar o questionário de avaliação são pedidas sugestões para melhorar a sessão mas nenhum participante achou que seria necessário fazer qualquer tipo de alteração na sessão.

### 3. APOIO NO LUTO

A atividade “*Apoio no luto*” foi a segunda atividade a ser desenvolvida e decorreu da necessidade de promover a prestação de apoio no luto.

O que se observa é que o ser humano não é preparado para a finitude. Fomos introduzidos ao universo da celebração dos nascimentos, mas não da morte. Os rituais de perda e morte da cultura ocidental elucidam o quanto é sofrida a vivência da morte. A morte do outro impõe-nos o confronto com nossa vida e nossa própria morte, e isso gera desconforto, ansiedade e sofrimento. Somos forçados a olhar atentamente para a qualidade da nossa vida e de nossas relações, uma vez que a morte é a fase final do ciclo vital.

Segundo Carvalho e Parsons (2012) “*A intervenção da equipe de saúde responsável pelos cuidados pós-morte com a família sobrevivente poderá ser um telefonema de condolências, aproveitando para oferecer um momento de acolhida, podendo ser dentro ou fora do ambiente hospitalar.*” Para as famílias, esse é um momento que apoia o término de um ciclo composto, muitas vezes, por desgaste de energia psicológica durante um longo período de tempo nas suas vidas, sendo necessário um ritual de passagem para o retorno à vida social. Um telefonema na primeira semana, ou o envio de uma carta de condolências por volta de 15 dias após a morte também costuma ser bem recebido pelos familiares.

As equipes de saúde que trabalham com base na filosofia dos Cuidados Paliativos têm a possibilidade de encerrar as suas intervenções no acompanhamento do processo de luto dos familiares, tanto em atendimento individual como em grupo, sempre que possível e necessário. O tempo de duração da prestação desses serviços é variável e está intimamente relacionado com a disponibilidade da equipe em integração com a demanda do enlutado. Poderão ser feitos encaminhamentos para serviços especializados quando não for possível o acompanhamento a longo prazo.

Os objetivos específicos do trabalho do profissional no processo de luto familiar são correspondentes às quatro tarefas descritas por Worden (1998) “*...aumentar a realidade da perda; ajudar a pessoa a lidar com afetos manifestos e latentes; ajudar a pessoa a superar obstáculos para se reajustar depois da morte e encorajar a pessoa a dizer “adeus” adequado e sentir conforto ao reinvestir novamente na vida sem se esquecer da pessoa.*”.

Um fator que auxilia os profissionais de saúde a lidar com a dor das famílias é reconhecer a importância da espiritualidade para a manutenção da saúde mental em momentos de intensa dor. Conforme Walsh (2005) “... a capacidade de fundamentar-se dentro do sistema de crenças espirituais da família proporciona significado, consolo e conforto, podendo promover a aceitação tão necessária nessa fase do ciclo vital.”. Segundo Franco (2005), a fé é um instrumento importante para o restabelecimento daquele que enfrenta o processo do luto, pois traz a possibilidade de aproximação com o sagrado, confortando e atenuando os sentimentos de desamparo. Diante desse aspeto, é relevante que o profissional esteja atento à existência de alguma religiosidade na família, incentivando a busca de amparo nessas crenças que, antes da perda, eram fonte de acalento, caso a pessoa verbalize tal importância.

Também poderá caber aos profissionais de saúde incentivar o ajuste da pessoa que está de luto e do sistema familiar, em redes potencialmente sustentadoras que, segundo Walsh (2005), podem ser grupos religiosos, sociais e comunitários. A falta de conexões comunitárias torna a dor mais difícil de suportar e, dentro da própria comunidade, pode haver pessoas que estão a passar pelo mesmo pesar do processo de luto.

Frente a tudo isso, o papel mais importante do profissional de saúde é a estimulação das competências familiares, para que o próprio sistema familiar seja capaz de promover a reestruturação tanto individual quanto familiar. Assim, a família poderá lançar mão de recursos próprios para enfrentar o processo de luto, não sendo necessária a intervenção sistemática.

Quando os desafios são identificados e trabalhados de forma adequada, tendem a promover adaptação imediata, e também a longo prazo, dos membros da família, tendo como resultado o fortalecimento desse grupo como uma unidade funcional. É necessário um investimento no compartilhamento da experiência da morte e, posteriormente, numa reorganização do sistema familiar sem a pessoa que morreu, para que se possa pensar em reinvestimentos noutros relacionamentos e em outras realizações na vida (Carvalho e Parsons (2012).

Kovacs (2003) acrescenta que o luto mal resolvido está a tornar-se num problema de saúde pública. É grande o número de pessoas doentes em função da excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração, fenómeno que também ataca os profissionais de saúde que são cuidadores do sofrimento alheio, não tendo, muitas vezes, espaço para cuidar da sua própria dor. Também está em risco o profissional de saúde que não reconhece o seu limite ao lidar com as perdas no ambiente de trabalho e na vida pessoal, tampouco busca uma rede de apoio para lidar com as suas perdas, tanto reais

como simbólicas, e tem grandes possibilidades de adoecer, tanto psicologicamente como fisicamente.

Um dos objetivos da instituição é contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e respetivas famílias. Desta forma, torna-se fundamental a prestação de cuidados aos familiares (principalmente ao cuidador principal) durante o processo de luto.

Com o objetivo de colmatar esta necessidade de prestação de apoio no luto aos familiares, achei relevante criar um “*Protocolo de apoio no luto ao cuidador principal*” (ver Apêndice XII – Protocolo de apoio no luto ao cuidador principal), juntamente com a realização de um cartaz (ver Apêndice XIII – Cartaz de apoio no luto) que foi afixado nas salas de enfermagem e na enfermaria da instituição.

Este protocolo deverá ser implementado pelos profissionais de saúde que estabelecem mais contacto com os utentes e respetivos familiares (os enfermeiros) ou a psicóloga da instituição visto que tem mais formação no acompanhamento psicológico que os restantes profissionais da equipa. Como seria pouco viável conseguir explicar o funcionamento deste protocolo a todos os enfermeiros optei por fornecer esta informação á enfermeira responsável (Enfermeira Ana Isabel) e á psicóloga desta instituição (Dra. Vânia) para que depois dessem a conhecer o protocolo á equipa.

A sessão de apresentação do protocolo e do cartaz realizou-se no dia 9 de Março às 15 horas, no gabinete da enfermeira responsável e teve uma duração de 1 hora (ver Apêndice XIV – Guião da sessão).

Inicialmente expliquei que o cartaz englobava os procedimentos que se devem adaptar antes e após o óbito do utente junto dos familiares e tem como principal objetivo sensibilizar e incentivar a equipa técnica a adotar medidas de apoio no luto.

Seguidamente passei a explicar como funciona o “*Protocolo de apoio no luto ao cuidador principal*”. Este protocolo contem o protocolo de apoio psicológico no luto que explica quando é que se devem efetuar os contactos com os familiares e o que fazer em cada contacto, o protocolo de atuação que serve como guião para a intervenção e funciona como check-list, a carta de condolências e o panfleto de apoio no luto que devem ser entregues no primeiro contacto com o cuidador principal após o falecimento do utente, o guião do contacto telefónico que deve ser utilizado no segundo e terceiro contacto e por último o Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado – PPL-13. O panfleto de apoio no luto contem a seguinte informação: o que é o luto, quanto tempo dura o período de luto, reações normais no luto, como passar o processo de luto, quando



recorrer a apoio profissional, horários de atendimento telefónico e presencial com a psicóloga da instituição e os contactos da instituição.

O guião do contacto telefónico está preparado para avaliar as reações que se estão a manifestar durante o período de luto, se houve ou não uma manutenção das rotinas do dia-a-dia, como é que o cuidador principal está em termos da situação profissional, isto é, se está empregado ou desempregado, caso esteja empregado se regressou ao seu emprego e caso esteja desempregado se tem procurado novas oportunidades de emprego, também avalia o suporte afetivo e se os restantes familiares estão ou não adaptados á perda. Serve também para esclarecer possíveis dúvidas relacionadas com os cuidados que foram prestados ao familiar enquanto esteve a residir na instituição.

O Prolonged Grief Disorder - PG-13 foi desenvolvido por Prigerson et al. (2009) e a versão portuguesa deste instrumento, o Instrumento de Avaliação de Luto Prolongado – PPL-13 foi desenvolvido por Delalibera (2010). Este instrumento é composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas – sentimentos, pensamentos e ações – relativos à perda de um ente significativo, que devem persistir por um período mínimo de 6 meses e que estão necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional. A primeira parte do questionário é constituída por 2 itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, sendo as possibilidades de respostas mensuradas em uma escala do tipo lickert que varia de 1 (Quase nunca) a 5 (Várias vezes por dia). O terceiro item refere-se à duração deste sintoma, sendo a resposta de tipo dicotómica: afirmativa, no caso de um período igual ou superior a 6 meses; negativa, se a manifestação é inferior a 6 meses. A segunda parte é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, cuja resposta também é tipo lickert, numa escala de intensidade (de 1 a 5). A última questão é relativa à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou em outros domínios do funcionamento, e a modalidade de resposta é novamente dicotómica (sim ou não).

O instrumento pode ser administrado em entrevista ou auto-aplicado, e o diagnóstico de Luto Prolongado implica que se cumpram os seguintes critérios:

- **Critério I** - Evento: experiência de perda de um ente querido;
- **Critério II** - Ansiedade de Separação: o enlutado sente saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa que faleceu diariamente e a um nível intenso e disruptivo;

- **Critério III** - Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas:
  1. Confusão em relação ao seu próprio papel na vida, sensação de que já não sabe quem é (percepção que uma parte de si morreu);
  2. Dificuldade em aceitar a perda;
  3. Evitar lembrar a realidade da perda;
  4. Incapacidade para confiar nos outros depois da perda;
  5. Sentimentos de amargura e revolta relacionados com a perda;
  6. Dificuldade em continuar com a vida (ex., fazer novos amigos, ter novos interesses);
  7. Percepção de estar emocionalmente entorpecido;
  8. Sentir que a vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a perda;
  9. Sentimento de choque, atordoamento e confusão pela perda;
- **Critério IV** - Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto;
- **Critério V** - Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.

Resumindo, para que seja considerado Luto Prolongado, o cuidador principal deve ter como respostas para os sentimentos relativos às questões 1 e 2 a intensidade diária ou várias vezes ao dia. Quando questionado quanto ao tempo dos sintomas de angústia de separação (questões 1 e 2), deve tê-los presenciado pelo menos 6 meses. A respeito dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais abordados nas questões de 4 a 12, o sujeito deve assinalar com intensidade diária ou várias vezes ao dia pelo menos cinco dessas nove questões e por último deve verificar-se uma significativa disfunção social e ocupacional.

No final da apresentação do protocolo foi pedido á enfermeira responsável e á psicóloga que respondessem ao questionário de avaliação da sessão (ver Apêndice XV – Questionário de avaliação da sessão). Este questionário de perguntas abertas contem as

seguintes questões: percebeu como funciona o protocolo; tem alguma questão que gostasse de colocar; considera este protocolo útil para a instituição; na sua opinião, o protocolo vai começar a ser utilizado pela equipa e sugestões para melhorar o protocolo.

As duas colaboradoras perceberam como funciona o protocolo e não existiram questões que gostassem de colocar. Consideraram o protocolo útil para a instituição e quando questionadas acerca da aplicação do protocolo pela equipa futuramente, ambas referiram ser uma mais-valia para os utentes e familiares e que fariam os possíveis para que fosse aplicado e que se a aplicabilidade não se realiza-se na íntegra, alguns procedimentos iriam ser realizados. Quanto às sugestões de melhoria, ambas referiram não ter nada a acrescentar e referiram que para uma instituição que de momento não tem procedimentos semelhantes, este parece ser bastante completo e que só depois de ser colocado em prática é que poderão surgir propostas de melhoria.

#### 4. A IMPORTANCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS

A atividade “*A importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais*” foi a terceira atividade a ser desenvolvida e decorreu da necessidade de promover a formação dos colaboradores relativamente ao conceito de cuidados paliativos e a sua necessidade em estruturas residenciais.

Com a desumanização nos cuidados de saúde, a desvalorização das necessidades dos doentes em situações graves e da sua família, surgiu na década de 60, na Inglaterra com Cicely Saunders, o movimento dos Cuidados Paliativos que reconhecia a necessidade de cuidados mais humanizados e integrados para indivíduos com doenças crónicas, progressivas e incuráveis, que proporcionassem uma morte mais digna, com menor sofrimento e próxima de pessoas significativas. Esse movimento posteriormente estendeu-se ao resto da Europa e aos Estados Unidos.

Em 1982 o comité de Cancro da Organização Mundial de Saúde – OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas que visam o alívio da dor. Nesta sequência, foram criados os cuidados do tipo Hospice, destinados a doentes oncológicos, e com indicação para serem implementados a nível internacional. O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS, devido às dificuldades de tradução fidedigna do termo Hospice em alguns idiomas (Maciel, 2008).

Segundo Twycross (2003) os Cuidados Paliativos são “... *os cuidados ativos e totais prestados aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responda aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida*”. Nos cuidados paliativos os sintomas são tratados com a finalidade de promover conforto ao doente, e estendem-se para além do alívio dos sintomas físicos, integrando os aspetos psicológicos e espirituais.

Em 2002, a OMS estabeleceu que “*os cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”.

De acordo com a definição da OMS e o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004) é importante ressaltar que os Cuidados Paliativos:

- ✓ Valorizam a vida e consideram a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provocá-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou da obstinação terapêutica desadequada;
- ✓ Promovem o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade, sem recorrer a medidas agressivas;
- ✓ Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, seja físico, psicológico, social ou espiritual, com prestação de cuidados interdisciplinar tanto para o doente quanto para a família;
- ✓ Os cuidados paliativos devem ser oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico e diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença, quando o sofrimento é intenso;
- ✓ Devem abranger as necessidades das famílias e cuidadores e prolongam-se pelo período de luto;
- ✓ Os cuidados paliativos pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e integram-se no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo.

Segundo Figueiredo (2008) os Cuidados Paliativos têm como princípios éticos que norteiam os tratamentos aos doentes:

- ✓ O tratamento em Cuidados Paliativos deve incluir e respeitar as necessidades das famílias;
- ✓ O doente tem o direito à sua autonomia em relação ao tratamento, inclusive para abandoná-lo, que deve ser reconhecido pela equipa, mantendo-se o cuidado no que diz respeito aos sintomas;
- ✓ A equipa de profissionais deve avaliar as vantagens do tratamento a cada momento da doença, ponderar os riscos e benefícios de cada ação proposta;
- ✓ O doente tem direito a obter os melhores cuidados profissionais disponíveis, ser respeitado na sua dignidade, apoiado e cuidado nas suas necessidades;

- ✓ O doente tem direito a ser informado clara e detalhadamente sobre a sua doença, sendo respeitada a sua capacidade de suportar a verdade;
- ✓ O doente tem o direito de participar das decisões referentes ao seu tratamento, cabendo-lhe a palavra final, desde que esclarecido a respeito das consequências dos seus atos;
- ✓ O doente tem o direito de recusar tratamentos fúteis e dolorosos que prolongam o tempo de vida;
- ✓ Cada ato e decisão devem ser documentados de forma clara e por escrito no processo do doente.

Pretende-se atualmente ultrapassar a tradicional visão dicotômica segundo a qual se recorre aos cuidados paliativos apenas quando já não se perspetivam possibilidades de terapêuticas curativas. O importante é a maximização da qualidade de vida do doente, com a introdução dos cuidados paliativos tão precocemente possível no curso da doença, havendo assim, uma interpenetração entre ambos os cuidados - curativos e paliativos - tendo sempre presente que, mesmo quando a cura não é possível, deve haver investimento da equipa com medidas de promoção de conforto (Forte, 2009 e Neto 2006).

Nos cuidados paliativos, o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser o doente, entendido como um ser ativo, com direito a informação e autonomia nas decisões respeitantes ao seu tratamento. Deve-se inserir precocemente a abordagem paliativa para a antecipação e prevenção dos sintomas. A colaboração da equipa de cuidados paliativos com os profissionais que promovem o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados que contemple todo o tratamento, desde o diagnóstico até à morte (Maciel, 2008). Por isso, os Cuidados Paliativos têm por objetivo estabelecer um plano de cuidados integral ao doente e família, com enfoque no controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Prevê-se que esta abordagem seja realizada por uma equipa multidisciplinar, que permita um apoio global, com vista à preservação do bem-estar e a qualidade de vida, estendendo-se este apoio para além da morte do doente, no período de luto.

A filosofia dos cuidados paliativos aponta como áreas fundamentais para a prestação dos cuidados adequados: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. Segundo Neto (2006), essas vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois a prática dos cuidados paliativos

de qualidade não é possível se alguma delas for subestimada. Os profissionais devem receber treino adequado e rigoroso nas quatro áreas focadas.

Para o controlo dos sintomas existem alguns princípios que se baseiam em (Neto, 2006):

- ✓ Avaliar antes de tratar;
- ✓ Explicar as causas dos sintomas;
- ✓ Não esperar que um doente se queixe;
- ✓ Adotar uma estratégia terapêutica mista;
- ✓ Monitorizar os sintomas;
- ✓ Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- ✓ Cuidar dos detalhes;
- ✓ Estar disponível.

Os sintomas devem ser avaliados periodicamente, pois a condição de incurabilidade apenas altera o enfoque do esforço para o cuidado às necessidades do doente e à sua família. Por isso, é importante estar atento à família e aos cuidadores, por deterem um papel fundamental no apoio aos doentes e sofrerem também com o impacto da doença. Deve-se estabelecer um plano de cuidados que lhes seja diretamente dirigido, monitorizando frequentemente o seu nível de stress, cansaço e identificando problemas que a equipa possa ajudar a resolver. A família deve ser adequadamente informada, mantendo-se com esta um importante canal de comunicação (Baider, 2008). Quando os familiares compreendem todo o processo de evolução da doença e participam ativamente no cuidado, sentem-se mais seguros e amparados, e assim, algumas complicações no período do luto podem ser prevenidas. É preciso ter o mesmo cuidado na comunicação com se tem com o doente, aguardar as mesmas reações diante da perda e manter a atitude de conforto após a morte. A comunicação é um importante instrumento como meio de informação e orientação de doentes e familiares, auscultação de medos, necessidades e incertezas. Esta atitude permite que se sintam compreendidos e amparados, inspirando-lhes confiança e a percepção de que não estão sozinhos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2006).

Concluindo, os Cuidados Paliativos são uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar, e apoiar ativamente os doentes em qualquer estágio da doença - desde o

diagnóstico até a fase terminal - integrando a família também como alvo de cuidados da equipa multidisciplinar, quer durante a doença, quer no processo de luto, tendo em atenção o grau de sofrimento associado. O luto é uma das áreas importantes de intervenção da equipa de cuidados paliativos, contemplando os aspetos do luto preparatório do doente e do luto antecipatório da família, bem como o acompanhamento de famílias/cuidadores em risco.

A atividade desenvolvida tem como tema “*Ação de sensibilização sobre a importância dos Cuidados Paliativos em estruturas residenciais*” e o seu principal objetivo era perceber a importância destes cuidados em estruturas residenciais e qual o papel dos enfermeiros na prestação de ações paliativas em estruturas residenciais.

Para a realização desta ação de sensibilização contei com o apoio da enfermeira Zulmira Peixoto, que desempenhou o papel de formadora nesta atividade. A enfermeira Zulmira realizou o seu mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade do Porto e de momento encontra-se a trabalhar na Unidade Intra-Hospitalar no Hospital da Póvoa de Varzim e na Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde.

Esta atividade contou com a participação de 11 enfermeiros da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim e realizou-se no dia 16 de Março, às 15 horas, no refeitório da Unidade de Longa Duração e teve duração de 1 hora e 35 minutos (ver Apêndice XVI – Fotos da atividade).

Antes de dar início à ação de sensibilização pedi aos enfermeiros que respondessem a um questionário de perguntas abertas (ver Apêndice XVII – Questionário de avaliação da sessão). Esse questionário faz parte da estratégia avaliativa desta atividade e contém 3 perguntas referentes ao que os enfermeiros pensam ser os cuidados paliativos, se na sua opinião existe alguma distinção entre os cuidados e as ações paliativas e qual será o papel do enfermeiro na prestação de ações e cuidados paliativos. Este questionário também foi administrado no final da sessão, tendo como objetivo avaliar os conhecimentos já existentes e os conhecimentos adquiridos após a atividade.

A ação de sensibilização abordou os seguintes temas (ver Apêndice XVIII – Slides para a apresentação da atividade):

- ✓ História dos Cuidados Paliativos;
- ✓ Definição de Cuidados Paliativos e Ações Paliativas;
- ✓ Princípios dos Cuidados Paliativos;

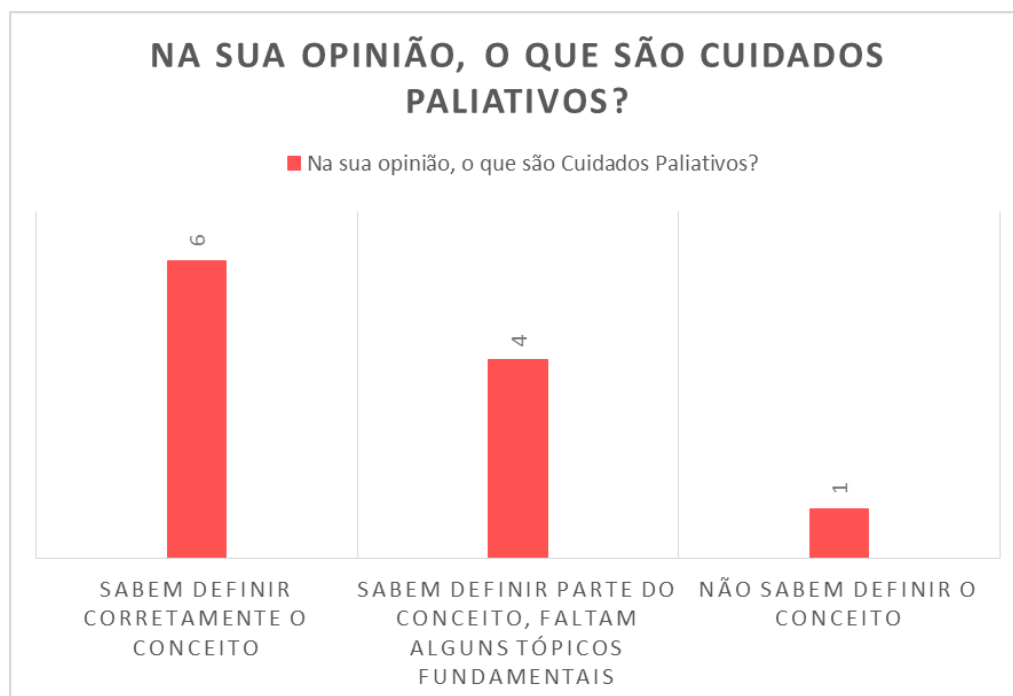


- ✓ Objetivos dos Cuidados Paliativos;
- ✓ A quem se destina os Cuidados Paliativos;
- ✓ Principais doenças abrangidas;
- ✓ Área de atuação;
- ✓ Papel do enfermeiro na prestação de Ações e Cuidados Paliativos;
- ✓ Os procedimentos em Cuidados Paliativos:
  - Cuidados de penso;
  - Agonia;
  - Via subcutânea.

Depois de efetuar a descrição da atividade vou passar para a análise dos resultados dos questionários implementados nesta atividade.

Dos 11 participantes na atividade, 100% respondeu ao questionário aplicado antes da ação de sensibilização.

Através do Gráfico 15 podemos analisar as respostas obtidas á primeira pergunta do questionário.

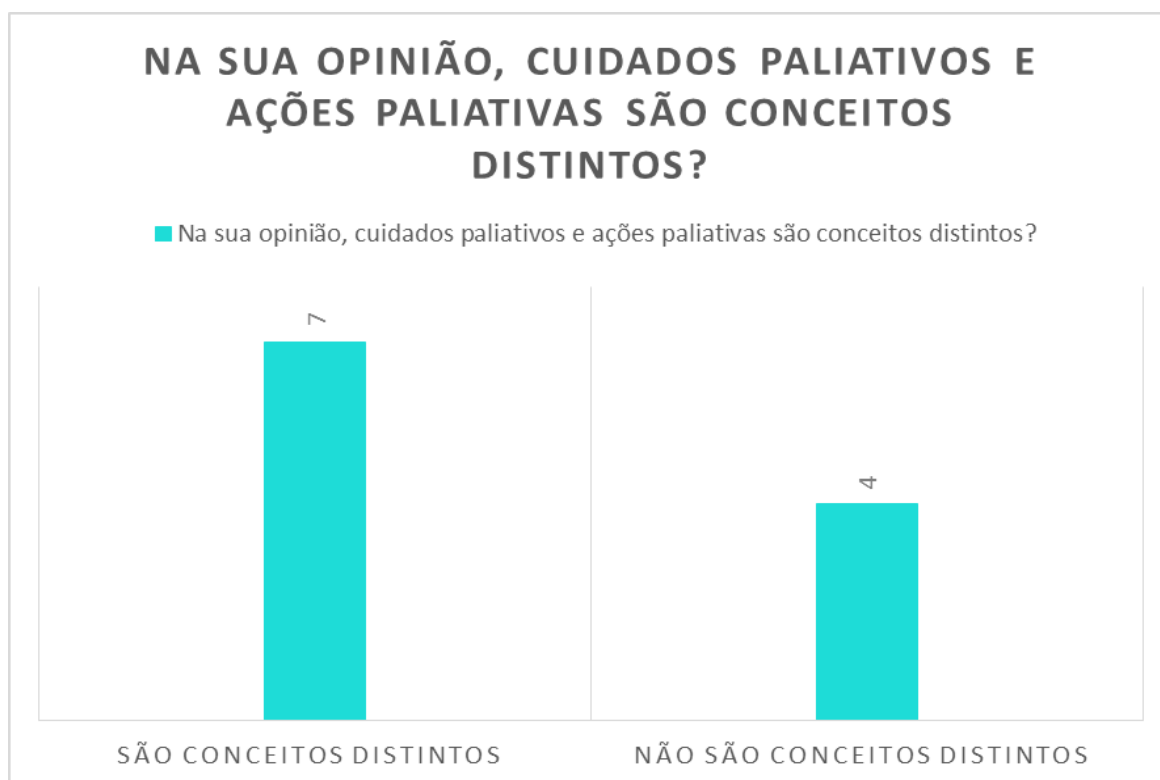


**Gráfico 15 – Na sua opinião, o que são cuidados paliativos?**

Tal como é possível analisar através do Gráfico 15, 54.55% dos inquiridos sabem definir corretamente o conceito, 36.36% dos inquiridos sabem definir parte do conceito mas faltam alguns tópicos fundamentais e 9.09% dos inquiridos não sabem definir o conceito de Cuidados Paliativos.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), em parceria com as Farmácias Holon, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde e o Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), promoveu um estudo de percepção sobre os cuidados paliativos em Portugal (2017). A pesquisa permitiu conhecer o nível de informação da população e contribuir para o seu empowerment em saúde. Os resultados do estudo “Cuidados Paliativos: o que sabem os portugueses” mostram que existe um bom conhecimento acerca do conceito, mas menor nos objetivos e forma de trabalho dos cuidados paliativos.

A segunda questão será analisada a partir do Gráfico 16.

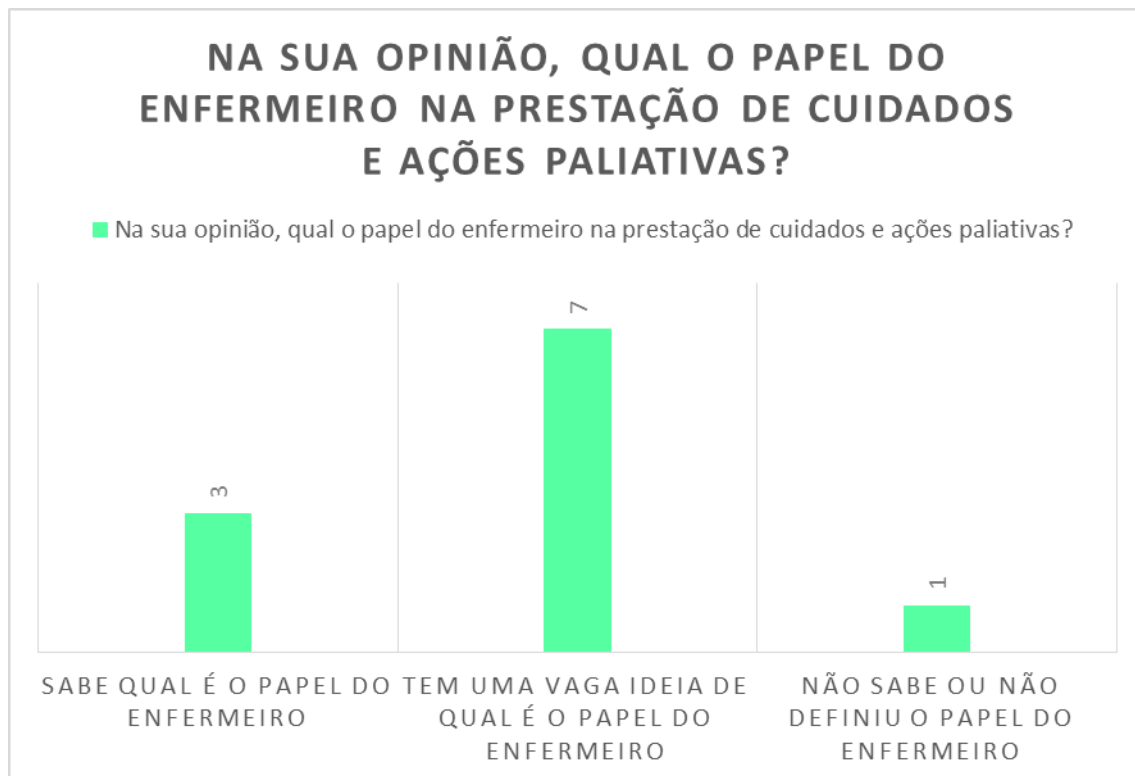


**Gráfico 16.** – Na sua opinião, Cuidados Paliativos e Ações Paliativas são conceitos distintos?

A partir da análise do Gráfico 16 é possível concluir que 63.64% dos inquiridos considera Ações Paliativas e Cuidados Paliativos conceitos distintos e os restantes 36.36% não os considera conceitos distintos. Dentro dos 63.64%, 14.29% dos inquiridos não justificou o porquê de os considerar conceitos distintos, 71.43% não distinguiu os

dois conceitos corretamente, pois na grande maioria não sabem o que são Ações Paliativas e 14.29% distinguiu corretamente os dois conceitos.

Por fim através do Gráfico 17 podemos analisar as respostas obtidas á última e terceira questão.

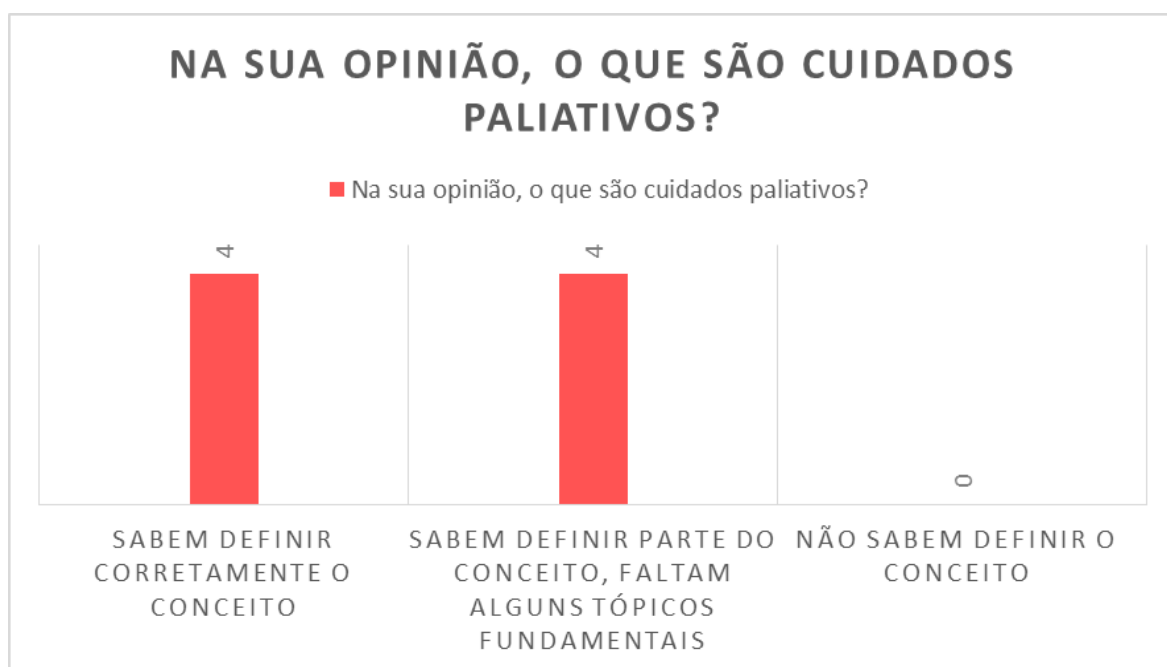


**Gráfico 17 – Na sua opinião, qual o papel do enfermeiro na prestação de Cuidados e Ações Paliativas?**

Através do Gráfico 17 é possível concluir que 27.27% dos inquiridos sabe qual é o papel do enfermeiro, 63.64% tem uma vaga ideia e 9.09% não sabe ou não definiu o papel do enfermeiro.

Agora passarei á análise dos resultados obtidos através da aplicação dos questionários após a ação de sensibilização. Nesta segunda aplicação dos questionários, 3 participantes não responderam e por isso só obtive 8 questionários preenchidos.

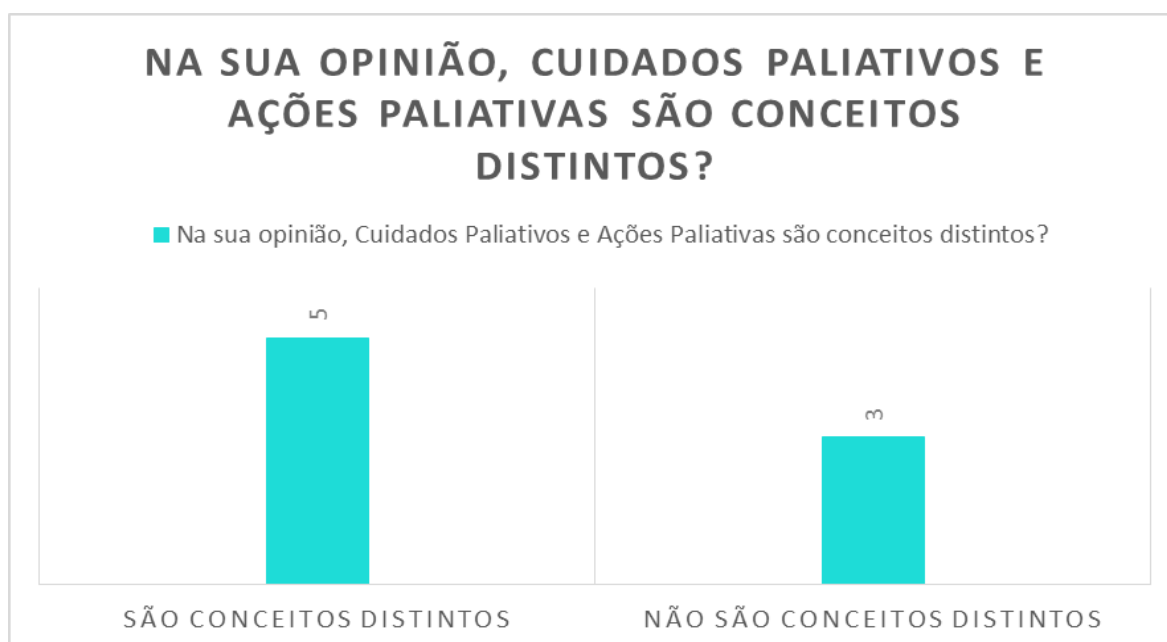
O Gráfico 18 revela as respostas dadas á primeira questão.



**Gráfico 18** – Na sua opinião, o que são cuidados paliativos?

Tal como é possível analisar através do Gráfico 18, 50% dos inquiridos sabem definir corretamente o conceito, 50% dos inquiridos sabem definir parte do conceito mas faltam alguns tópicos fundamentais e 0% dos inquiridos não sabem definir o conceito de Cuidados Paliativos.

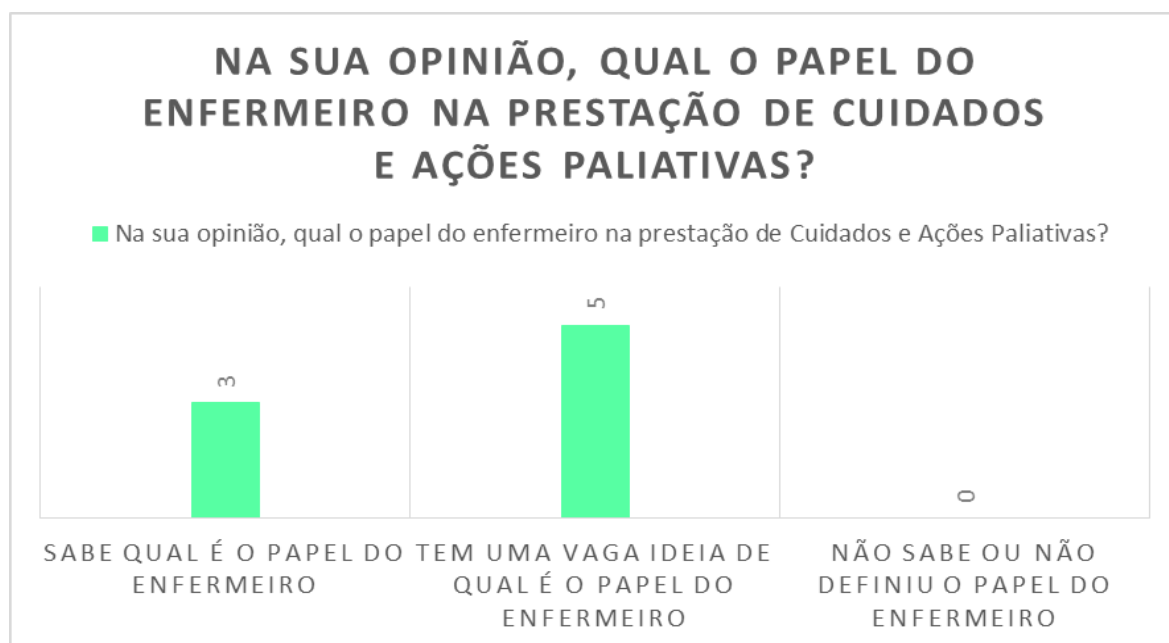
A segunda questão será analisada a partir do Gráfico 19.



**Gráfico 19.** – Na sua opinião, Cuidados Paliativos e Ações Paliativas são conceitos distintos?

A partir da análise do Gráfico 19 é possível concluir que 62.50% dos inquiridos considera Ações Paliativas e Cuidados Paliativos conceitos distintos e os restantes 37.50% não os considera conceitos distintos. Dentro dos 62.50%, 0% dos inquiridos não justificou o porquê de os considerar conceitos distintos, 60% não distinguiu os dois conceitos corretamente, pois na grande maioria não sabem o que são Ações Paliativas e 40% distinguiu corretamente os dois conceitos.

Por fim através do Gráfico 20 podemos analisar as respostas obtidas á última e terceira questão.



**Gráfico 20 – Na sua opinião, qual o papel do enfermeiro na prestação de Cuidados e Ações Paliativas?**

Através do Gráfico 20 é possível concluir que 37.50% dos inquiridos sabe qual é o papel do enfermeiro, 62.50% tem uma vaga ideia e 0% não sabe ou não definiu o papel do enfermeiro.

Depois de realizar a análise de cada uma das questões nos dois momentos em que foram aplicados os questionários vamos passar á análise da Tabela 6. que contem as conclusões finais acerca desta atividade.

**Tabela 6.** – Análise final da atividade.

	Na sua opinião, o que são cuidados paliativos?		
	Antes da ação de sensibilização	Após a ação de sensibilização	
Sabem definir corretamente o conceito	54.55%	50%	- 4.55%
Sabem definir parte do conceito, faltam alguns tópicos fundamentais	36.36%	50%	+ 13.64%
Não sabem definir o conceito	9.09%	0%	- 9.09%
	Na sua opinião, Cuidados Paliativos e Ações Paliativas são conceitos distintos?		
	Antes da ação de sensibilização	Após a ação de sensibilização	
São conceitos distintos	63.64%	62.50%	- 1.14%
Não justificou o porquê de os considerar conceitos distintos	14.29%	0%	+ 14.29%
Não distinguiu os dois conceitos corretamente	71.43%	60%	-11.43%
Distinguiu corretamente os dois conceitos	14.29%	40%	+ 25.71%
Não são conceitos distintos	36.36%	37.50%	+ 1.14%
	Na sua opinião, qual o papel do enfermeiro na prestação de Cuidados e Ações Paliativas?		
	Antes da ação de sensibilização	Após a ação de sensibilização	
Sabe qual é o papel do enfermeiro	27.27%	37.50%	+ 10.23%
Tem uma vaga ideia de qual é o papel do enfermeiro	63.64%	62.50%	- 1.14%
Não sabe ou não definiu o papel do enfermeiro	9.09%	0%	- 9.09%

Através da Tabela 6 podemos concluir que em termos percentuais houve um aumento de participantes que após a atividade soube definir o conceito de Cuidados Paliativos apesar de faltarem alguns tópicos fundamentais. Também se denota um aumento de participantes que após a atividade soube que Cuidados Paliativos e Ações Paliativas são conceitos distintos e distinguiu corretamente os dois conceitos. Por fim é possível observar que houve um aumento do número de participantes que após a ação de sensibilização ficou a perceber qual é o papel de um enfermeiro na prestação de Cuidados e Ações Paliativas.

## 5. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS HUMANOS

A atividade “*A prestação de cuidados humanos*” foi a quarta atividade a ser desenvolvida e decorreu da necessidade de promover a prestação de cuidados humanos em estruturas residenciais.

Nos Cuidados Paliativos encaramos o utente como um sere humano que está em profundo sofrimento devido á sua dor física, mas acima de tudo devido e aos seus conflitos existenciais e necessidades, que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Desta forma, para além de partilharem os seus medos e anseios relativamente aos seus familiares e entes queridos, estes pacientes necessitam de sentir-se cuidados, amparados, confortados, compreendidos pelos profissionais de saúde que deles cuidam. Para que estas necessidades sejam atendidas e os cuidados em fim de vida sejam bem-sucedidos, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam uma relação interpessoal empática e compassiva como base para as suas ações e condutas.

Os utentes que vivenciam a terminalidade esperam que a relação com os profissionais de saúde seja alicerçada na compaixão, humildade, respeito e empatia, características necessárias para fomentar sensações de proteção, consolo e paz interior (Hawthorne & Yurkovich, 2003). A implementação e sustentação, na prática, desses conceitos subjetivos, é possível com o uso adequado de habilidades de comunicação.

Nos Cuidados Paliativos, tal como na Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, um dos principais objetivos da equipa é melhorar a qualidade de vida dos utentes e das respetivas famílias e uma das formas de atingir este objetivo é através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Desse modo, um diagnóstico adequado do sofrimento e das suas causas é imprescindível para realizar uma prestação de cuidados de excelência.

Esta atividade tem como objetivo geral criar linhas orientadoras que possibilitem a prestação de cuidados humanos aos utentes da Santa Casa da Misericórdia. Neste sentido criei um manual de apoio á prestação de cuidados humanos (ver Apêndice XIX – Manual de apoio á prestação de cuidados humanos) que tem como temas centrais a comunicação, o sofrimento e as últimas 48 horas de vida. Para além destes temas também poderia incluir o luto e o acompanhamento familiar, como também os procedimentos utilizados em Cuidados Paliativos, mas ambos os temas já foram abordados em atividades descritas anteriormente e dessa forma achei que não as devia incluir nesta atividade.



O manual foi apresentado e detalhadamente explicado á enfermeira responsável numa sessão de apresentação, realizado no dia 28 de Março, às 15 horas, no gabinete da enfermeira responsável e teve uma duração de 1 hora.

Este manual começa por explicar o que são os Cuidados Paliativos e quais são os seus princípios. De seguida aborda o tema da comunicação onde explica os benefícios de uma comunicação adequada, explica como se realiza o processo de comunicação e o que envolve um comportamento empático. Dentro dessa temática desenvolve subtemas como a comunicação das más-notícias, a comunicação e os familiares e a importância da comunicação para a identificação de necessidades espirituais e emocionais. Posteriormente é retratada a temática do sofrimento, onde aborda a importância de um diagnóstico adequado do sofrimento e das suas causas e para realizar esse diagnóstico propõe a utilização do DAM (Diagrama de Avaliação Multidimensional). O Diagrama é constituído por quatro quadrantes (aspetos sociais/familiares, aspetos psicológicos, aspetos físicos e aspetos espirituais/religiosos) e três esferas: a esfera central onde consta a identificação do utente, a esfera do reconhecimento dos sofrimentos e a esfera das atitudes da equipa (utiliza-se o termo “atitudes”, pois não são, necessariamente, condutas ativas a serem realizadas, mas atitudes ativas e passivas que facilitam o alívio). Devemos ter em conta que o sofrimento pode ser atual ou futuro, se for atual deve ser aliviado e se for futuro deve ser prevenido. Outro aspeto a ser ressaltado é que nem sempre o sofrimento é do paciente, mas sim projeção do sofrimento da família e até mesmo da equipa. Na parte externa do diagrama encontram-se os objetivos a serem alcançados, os quais nem sempre poderão ser atingidos devido a uma série de circunstâncias. Os objetivos encontram-se na parte exterior das esferas por se tratarem de sonhos daquilo que se considera uma boa morte. O Diagrama de Avaliação Multidimensional (DAM) não é um protocolo a ser preenchido, mas sim uma forma de raciocínio sujeito a constantes aprimoramentos e ajustes. No decorrer das reuniões multidisciplinares, quando se está a analisar um caso, utiliza-se uma folha grande de papel, onde se desenham os quadrantes e as esferas. Em conjunto preenche-se cada espaço conforme as características de cada utente.

Por fim é abordado o tema “*As últimas 48 horas de vida*” onde explica o porquê de ser fundamental reconhecer a fase final da doença. Dentro desta temática são abordos subtemas como: os sinais de morte iminente e as ações principais no cuidado em fim de vida.

Como estratégia metodológica desta atividade optei pela utilização de tabelas e esquemas para facilitar a compreensão do manual.

No final da explicação do manual foi pedido à enfermeira responsável que preenchesse o questionário de avaliação da sessão (ver Apêndice XX – Questionário de avaliação da sessão). Este questionário de perguntas abertas contém as seguintes questões: percebeu como funciona o protocolo; tem alguma questão que gostasse de colocar; considera este protocolo útil para a instituição; na sua opinião, o protocolo vai começar a ser utilizado pela equipa e sugestões para melhorar o protocolo.

A participante nesta atividade percebeu como funciona o manual e não existiram questões que gostasse de colocar. Considera que o manual contém informação útil para a instituição, no entanto, não vê a sua aplicabilidade na íntegra pois não considera o instrumento DAM uma ferramenta adequada à realidade/funcionamento da instituição. Apesar disso, considera que futuramente parte do manual será utilizado pela equipa.

Para concluir, a enfermeira sugere que o manual desenvolva mais as questões relacionadas com as últimas 48 horas de vida, no entanto, percebe o motivo pela qual não foi tão desenvolvido (falta de competências da estagiária para desenvolver questões que não são relacionadas com a sua área de formação, como questões técnicas relacionadas com a enfermagem).

## **6. PARA SEMPRE!**

A atividade “Para sempre!” foi a quarta atividade a ser desenvolvida e decorreu da necessidade de promover a prestação de apoio no luto aos utentes, familiares e colaboradores da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim.

Tal como já foi referido anteriormente, o luto pode ser definido como um processo de adaptação à perda real ou simbólica de alguém ou algo muito significativo e é geralmente acompanhado de alterações significativas no estado emocional, outras no estatuto ou papel desempenhado, nas rotinas, entre outros e muda de modo definitivo a perceção anterior da realidade que tínhamos como certa. Deriva do processo de vinculação adaptativa que fazemos uns aos outros e à realidade que nos rodeia, sobretudo no que respeita os laços familiares.

Segundo R. Wilson (1993) o processo de luto pode ser interpretado como uma interrupção do curso esperado ou desejado da vida, a que se segue habitualmente desorganização emocional, comportamental, social, traduzidos em choque, raiva, apatia, culpa ou ansiedade, dificuldade em manter rotinas e cumprir tarefas, isolamento.

De acordo com Parkes (1998), este pode caracteriza-se pelo conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem em resposta a uma perda, sendo que esta perda pode ser real ou fantasiosa (Parkes, 1998 citado por Mota, 2013).

O luto é uma experiência comum a todos os indivíduos e é aceite naturalmente na maior parte dos casos. Apesar disto, alguns indivíduos reagem de uma forma disfuncional à morte ou à doença de um familiar desenvolvendo sintomas físicos e emocionais (Prigerson HG, [et al.] citado por Mota, 2013). Porém, Boelen e Prigerson (2007) tal como Bowlby, afirmam que após a perda de um ente querido, uma parte dos enlutados desenvolvem sintomas debilitantes e uma persistente incapacidade funcional, ou seja lutos mal resolvidos. Estes lutos prolongados poderão estar associados a características pessoais do enlutado, fatores contextuais, relação com o falecido e doença do familiar. Segundo Hudson [et. al.] (2012), a falta de informação e preparação para a morte de um familiar pode estar associada a um luto complicado.

Segundo Bowlby muitas das doenças psiquiátricas são a expressão de lutos não resolvidos. As manifestações de luto passam muito por estados de ansiedade e depressão presentes noutras situações. O luto faz parte do ciclo vital de quase todo o ser humano, sendo inevitavelmente sofrido como uma crise em qualquer altura do percurso desenvolvimental atingindo adultos, jovens, crianças e idosos. Numa perspetiva alargada

pode incluir o sentimento de perda que pode ser vivido num divórcio, perda de emprego ou perda de saúde física.

Na perspetiva holística e salutogénica dos Cuidados Paliativos a intervenção na fase de Luto é uma evidência incontornável (NICE, 2004). Atualmente estão a ser definidos consensos sobre as linhas orientadoras para se estabelecerem padrões de qualidade em matéria de intervenção no Luto (European Association for Palliative Care, 2014).

A atividade “Para sempre!” tem como objetivo geral promover a criação de um mural para promover a prestação de apoio no luto (ver Apêndice XXI – Fotografias do mural finalizado e afixado).

Esta atividade realizou-se no dia 27 de Março, às 15 horas, na sala de convívio da instituição e contou com a participação de 5 colaboradores, 8 utentes, 1 familiar e o provedor da Santa Casa da Misericórdia que apenas assistiu á atividade.

Como estratégia metodológica optei pela colocação de pequenos cartazes e setas indicativas a explicar em que consiste o mural e como utilizá-lo, visto que não seria exequível explicar o funcionamento do mural a todos os utentes, colaboradores e familiares que integram esta instituição (ver Apêndice XXII – Objetos utilizados para a construção da atividade).

Como estratégia avaliativa optei pela criação de um cartaz onde as pessoas votam se gostaram do mural ou se caso contrario não gostaram. Essa votação realiza-se através da colocação de círculos verdes, caso tenham gostado da criação do mural, e vermelhos caso não tenham gostado.

Esta atividade teve a duração de 3 dias e 35 minutos, 20 minutos para a afixação do mural, 15 minutos para explicar o funcionamento do mural a alguns utentes, familiares e colaboradores e para procederem á votação de quem gostou e de quem não gostou da criação deste mural e 2 dias para os restantes colaboradores, familiares e utentes verem o mural e votarem se gostaram ou não da atividade.

Depois da realização da descrição da atividade passarei á avaliação dos resultados obtidos. No dia da apresentação da atividade contei com a participação de 5 colaboradores, 1 familiar e 8 utentes, sendo no total 14 participantes. Através do Gráfico 21 irei analisar os resultados obtidos no dia da apresentação da atividade.



**Gráfico 21.** – Resultados obtidos no 1º dia da apresentação do mural.

A partir deste gráfico podemos concluir que dos 14 participantes 100% gostou da criação do mural.

Agora passarei á análise dos resultados obtidos nos dois dias após a apresentação do mural, através do Gráfico 22.



**Gráfico 22.** – Resultados obtidos nos 2 dias após a apresentação do mural.

Através da análise do Gráfico 22 é possível concluir que após 2 dias houve um aumento de mais 3 votações e todos gostaram do mural. Concluindo, 100% dos participantes gostaram da criação do mural.

## CONCLUSÃO

A investigação e a avaliação são essenciais e urgentes, para que através delas sejam postas em prática mudanças que vão de encontro às necessidades reais e às expectativas das pessoas mais velhas que constituem a sociedade atual, nos mais variados níveis.

Assim é de extrema relevância que a gerontologia se debruça-se sobre a temática do fim de vida, os cuidados paliativos, a morte e o morrer, e integrar a prestação de cuidados paliativos e a prestação de cuidados especializados a pessoa em fim de vida nas estruturas residenciais. Neste sentido achei relevante realizar o meu estágio numa estrutura residencial para conseguir perceber qual é o trabalho que um gerontólogo pode desenvolver dentro dos cuidados paliativos.

Depois da realização deste estágio foi possível concluir que um gerontólogo pode intervir em todas as áreas dos cuidados paliativos á exceção do controlo sintomático.

Depois de uma longa análise da instituição achei que seria relevante dar a conhecer os cuidados paliativos e o seu modo de atuação á equipa e fornecer á instituição ferramentas de apoio no luto e para a prestação de cuidados humanos aos utentes. Para além disso também achei relevante desenvolver atividades juntos dos utentes, familiares e equipa para o apoio no luto.

A prestação de apoio no luto é uma temática pouco abordada apesar de ser fundamental, principalmente em instituições como a Santa Casa da Misericórdia, em que a morte é uma realidade muito presente no dia-a-dia destas pessoas.

Depois de realizar todas as atividades foi possível concluir que as minhas intervenções foram uma mais-valia para a instituição pois desenvolveram aspetos essenciais no cuidado com os utentes e com as respetivas famílias, sendo potenciadores de um maior bem-estar e qualidade de vida, principal objetivo tanto dos cuidados paliativos como da gerontologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ✓ DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. **Cuidados Paliativos: o que sabem os portugueses.** [Em linha] (2017). [Consultado em 29 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://www.myoncologia.pt/iniciativas/712-90-dos-portugueses-sabem-o-%20que-s%C3%A3o-cuidados-paliativos.html>

BERNARDO, Ana [et al.] – **Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal: Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.** [Em linha]. Porto, 2016. [Consultado em 10 Janeiro de 2018]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio\\_da\\_Saude\\_Proposta\\_vf\\_enviado.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf)>.

CARVALHO, João – Conspiração do Silêncio: contributo na comunicação das más notícias. Percursos Enfermagem. [Em Linha]. (2008) [Consultado 16 Dez. 2018]. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9139/1/Revista%20Percursos%20n07\\_Conspira%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sil%C3%A2ncio%20-%20Contributo%20na%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20de%20m%C3%A1s%20not%C3%ADcias.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9139/1/Revista%20Percursos%20n07_Conspira%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sil%C3%A2ncio%20-%20Contributo%20na%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20de%20m%C3%A1s%20not%C3%ADcias.pdf)

Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Cien Saude Colet. 2002;7(4):899-906. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400021>

SANTOS, Luísa – Comunicação. [2007]. 37 Diapositivos. Acessível na Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal.

## ✓ LIVROS

QUERIDO, Ana [et al.]. Comunicação. In BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa – Núcleo de Cuidados Paliativos – Centro de Bioética, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p.461-485.

## ✓ ARTIGOS

ARIÈS, Philippe. O Homem perante a morte, Volume I. Portugal. Publicações Europa-América, LDA. 2ª ed. 2000.

ARIÈS, Philippe. O Homem perante a morte, Volume II. Portugal. Publicações Europa-América, LDA. 2ª ed. 2000.

Baider, L. (2008). Communicating about illness: a family narrative. *Support Care Cancer*, 16:607–611

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, vol.23,5, p.611-626.

BELLOMO, Harry Rodrigues. A estatúria funerária em Porte Alegre (1900-1950). Porto Alegre. Tese de Mestrado – Dep de História – PUC – RS, 1988.

BERNARDO, Ana [et al.] - Desenvolvimento dos Cuidados paliativos em Portugal: Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Portugal, Fevereiro 2016.

Bertachini L. Envelhecer: desafios, valores e dignidade. [vídeo]. [Apresentado no 18th Congress of the International Association of Gerontology; 2005 June 26-30; Rio de Janeiro, RJ].

Birren, J., & Bengtson, V. (1988). Preface, in emergent theories of aging. New York: Springer.



BOELEN, Paul e PRIGERSON, Holly - The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. Springer, 2007. p.257: 444-452

Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

Carvalho, R. & Parsons, H. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. (2º ed.). ANCP.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *CIPE Versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros, pp. 171.

COSTA, Carlos Alberto Santos. A influência do Colégio dos Jesuítas na configuração da malha urbana de Salvador-Ba (1549-1760). Recife, 2005.

DESPELDER, LA & STRICKLAND, AL. The Last Dance- Encountering Death and Dying. USA. McGraw-Hill Higher Education. 6a ed. 2001

Figueiredo, M.G. (2008). Cuidados Paliativos. In: Carvalho, V.A. et al. (org.), *Temas em Psico-Oncologia*. Summus. São Paulo.

Fonseca, A. (2004). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi.

Forte, D.N. (2009). Estratégias de Comunicação em Cuidados Paliativos. In: Santos, F.S. (org.), *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. Editora Atheneu. São Paulo.

FRANCO, M. H. P. Nada sobre mim sem mim: estudos sobre a vida e morte. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.

Guarda, H.; Galvão, C.; Gonçalves, M.J.( 2006). Apoio à família. In: Barbosa, A.; Neto, I. (eds). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

HAWTHORNE, D. L.; YURKOVICH, N. J. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. *Palliative & Support Care*, v. 1, n. 3, p. 261-2650, 2003.

Instituto da Segurança Social (2011). Estrutura residencial para idosos.

Jamieson, A. (2002). Theory and practice in social gerontology. In A. Jamieson & C. Victor (Eds.), *Researching ageing and later life* (pp. 7-15). Buckingham: Open University Press.

KASTENBAUM, Robert & AISENBERG, Ruth. *Psicologia da Morte*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. 1ª ed. 1983

KOVACS, M. J. Comunicação nos programas de cuidados paliativos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.

KOVACS, M. J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: FAPESP e Casa do Psicólogo, 2003.

KOVACS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

Librach SL. The quest to die with dignity: issues and challenges in end of life care for the elderly. [Apresentada no XVIII Congresso Mundial de Geriatria e Gerontologia; 2005 Jun 26-30; Rio de Janeiro, RJ].

MACIEL, Maria Goretti Sales (2008) - Definições e princípios. In OLIVEIRA Reinaldo Ayer - **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Task force of taxonomy: classification of chronic pain. Seattle: **IASP**, 1994.

MORIN, Edgar. O Homem e a Morte. Lisboa. Publicações Europa-América. 2ª edição. 1988.

Neri, A. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia* (3.ª ed.). Campinas, SP: Alínea Editora.

Neri, L., & Anita L., (2007). Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: SESCSP.

Neto, I.G. (2006) Princípios e Filosofia dos cuidados Paliativos. In: Barbosa, A.; Neto, I. (eds). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

NETO, Isabel; PALDRON, Tsering; AITKEN, Helena - A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência". Cascais: Pergaminho, 2004.

Parkes, C. M. (1998) *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus. São Paulo.

Paul, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paul & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-20). Lisboa: LIDEL.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana - Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da Saúde**. São Paulo (2005), p. 491- 509.

RIBEIRO, Agostinho – *Manual do Formador: Comunicação e Relação interpessoal*. Porto: Psicologia da Educação, 1991.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Lisboa: Lidel.

Richardson, V., & Barusch, A. (2006). *Gerontological practice for the twenty-first century*. New York: Columbia University Press.

RODRÍGUEZ, María De Los Ángeles Álvarez, Usos y costumbres funerária en la Nueva España, Zamora, Michoacán, e Colegio de Micchacán/ El Colegio Mexiquense, 2001.

Rosa, J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa. FFMS (Fundação Francisco Manuel dos Santos).

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em família. Porto: Âmbar (2ª Edição)

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Climepsi, Lisboa.

TWYXCROSS, R. Introducing palliative care. 4. ed. Radcliff Med Press, 2003. p. 4-8.

WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005.

WORDEN, W. W. Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. 2.ed. Porto Alegre; Artes Médicas, 1998.

World Health Organization - National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneve, 2002. 2rd.

World Health Organization - Better palliative care for older people. Geneva, 2004.

✓ **MONOGRAFIAS**

**MOTA, Diana – A Família em Luto e os Cuidados Paliativos – Avaliação do Luto nos Familiares de Doentes Acompanhados por uma Unidade de Cuidados Paliativos.**

Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2012/2013.

Tese de Mestrado Integrado em Medicina.